



Universitat de Lleida  
Facultat d'Infermeria  
i Fisioteràpia

# ***Mindfulness en l'afrontament de l'ansietat i l'estrès en dones supervivents de càncer de mama***

**Autora: Núria Hill Ibáñez**

**Facultat d'Infermeria i Fisioteràpia**

*Grau en Infermeria*

**Tutoritzat per: Judith Roca Llobet**

**Treball Final de Grau**

**Curs 2016/2017**

**15/05/2017**

## **AGRAÏMENTS**

*A la professora Judith Roca, tutora del treball, per la seva orientació i constant suport durant la trajectòria del projecte. T'estic immensament agraïda.*

*A l'Eva Figuera de l'Associació de Lluita Contra el Càncer de Lleida i a la Sílvia Soler per la seva col·laboració.*

*A les meves amistats i a la meva meravellosa família, que m'ha fet qui sóc. I a tu, Ramon, per la teva paciència infinita.*

*A vosaltres, padrí i iaia, allà on sigueu, sempre us duc amb mi.*

*A totes aquelles dones que han lluitat, lluiten o lluitaran contra la gran batalla. Som més fortes del que creiem.*

## **ÍNDEX DE CONTINGUTS**

AGRAÏMENTS.....	2
ÍNDEX DE TAULES.....	5
ÍNDEX DE FIGURES.....	5
1. RESUM I PARAULES CLAU .....	8
2. INTRODUCCIÓ .....	10
3. MARC TEÒRIC .....	11
3.1 Càncer de mama.....	11
3.1.1 Simptomatologia i diagnòstic .....	12
3.1.2 Tractament .....	14
3.2 Epidemiologia.....	18
3.3 Impacte psicològic de la malaltia.....	20
3.3.1 Fases de la malaltia.....	20
3.3.2 Repercussions psicològiques dels canvis físics originats pel tractament .	23
3.4 L'afrontament com a estratègia terapèutica .....	27
3.4.1 <i>Mindfulness</i> com a tècnica d'afrontament.....	30
3.4.2 <i>Mindfulness</i> i els efectes sobre el pacient oncològic .....	31
3.4.3 <i>Mindfulness</i> dins la vessant integrativa de l'oncologia.....	38
4. TEORIA D'INFERMERIA.....	41
4.1 Elements bàsics de la teoria.....	41
4.2 Aplicació de la teoria .....	43
4.3 Diagnòstics d'infermeria .....	44
5. OBJECTIUS .....	47
6. METODOLOGIA.....	48
6.1 Metodologia de realització del projecte .....	48
6.2 Metodologia de cerca .....	48
6.2.1 Cerca bibliogràfica .....	48
6.2.2 Bibliografia complementària .....	49
6.2.3 Pregunta d'investigació.....	50

7. INTERVENCIÓ .....	51
7.1 Síntesi de l'evidència i justificació de la intervenció .....	51
7.2 Context de la intervenció .....	52
7.3 Disseny de l'estudi .....	53
7.4 Població .....	54
7.5 Variables d'estudi .....	55
7.6 Instruments de valoració.....	56
7.7 Recollida i anàlisi de la informació .....	57
7.8 Professionals que participaran en la intervenció .....	58
8. PLA D'INTERVENCIÓ .....	60
8.1 Fases de la intervenció .....	60
8.1.1 Fase preintervenció .....	62
8.1.2 Fase d'intervenció.....	63
8.2 Viabilitat de la intervenció.....	66
8.2.1 Recursos necessaris .....	66
9. CONSIDERACIONS ÈTIQUES .....	67
9.1 Principis ètics .....	68
9.2 Comitè d'ètica.....	69
10. AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ .....	71
11. DISCUSSIÓ .....	72
12. CONCLUSIONS .....	74
13. BIBLIOGRAFIA.....	76
ANNEX .....	81
Annex 1. Cronograma elaboració del treball .....	81
Annex 2. Consentiment informat .....	83
Annex 3. Qüestionaris variables sociodemogràfiques i clíniques .....	86
Annex 4. Inventario de Ansiedad de Beck (BAI) .....	88
Annex 5. Escala de Estrés Percibido (PSS) .....	89
Annex 6. Qüestionari de Mindfulness o consciència plena (MAAS) .....	91
Annex 7. Qüestionari de satisfacció participants programa MBSR .....	93
Annex 8. Tríptic informatiu .....	94

## **ÍNDEX DE TAULES**

Quadre 1. Reaccions emocionals en cada fase de la malaltia .....	22
Quadre 2. Estudis realitzats en dones amb CM mitjançant intervencions MBSR.....	35
Quadre 3. Aplicació clínica de teràpies complementàries per al tractament de símtomes en CM .....	39
Quadre 5. Taula de diagnòstics, objectius i intervencions d'infermeria .....	45
Quadre 6. Estratègies de cerca .....	49
Quadre 7. Criteris d'inclusió i exclusió. ....	54
Quadre 8. Professionals de la intervenció.. ....	58
Quadre 9. Proposta Sessions programa MBSR. ....	65
Quadre 10. Cronograma de l'elaboració del treball .....	81

## **ÍNDEX DE FIGURES**

Figura 1. Esquema RT. ....	16
Figura 2. Incidència de tumors a Espanya l'any 2012. ....	18
Figura 3. Estimació de la mortalitat per tipus de tumor a Espanya l'any 2012. ....	19
Figura 4. Impacte tractament.....	24
Figura 5. Tipus d'estratègies d'afrontament.....	27
Figura 6. Actituds principals MBSR. ....	32
Figura 7. Tipus de teràpies basades en <i>Mindfulness</i> .....	33
Figura 8. Estructura de treball en la trajectòria de malaltia.....	42
Figura 9. Esquema experiment i variables.....	53
Figura 10. Esquema mostra d'estudi .....	55
Figura 11. Esquema resum intervenció .....	61

## **LLISTA D'ABREVIATURES**

**AECC:** Asociación Española Contra el Cáncer

**AHRQ:** *Agency for Healthcare Research and Quality*

**BAG:** Biòpsia amb agulla gruixuda

**BIS:** *Body Image Scale*

**CCEE:** Consultes Externes

**CCS:** *Clinical Classifications Software*

**CINV:** *Chemotherapy-Induced Nausea and Vomiting*

**CM:** Càncer de mama

**CMA:** Cirurgia major ambulatoria

**CMBD:** Conjunt mínim basic de dades

**FORs:** *Fear of recurrence*

**HUAV:** Hospital Universitari Arnau de Vilanova

**ICS:** Institut Català de la Salut

**INE:** Institut Nacional d'Estadística

**MBSR:** *Mindfulness-Based Stress Reduction*

**MBCT:** *Mindfulness-Based Cognitive Therapy*

**MBC:** *Metastatic Breast Cancer*

**MBI's:** *Mindfulness Based Interventions*

**MT:** Metàstasi

**NK:** *Natural Killer*

**OCDE:** Organització de Cooperació i Desenvolupament Econòmic.

**PAAF:** Punció-aspiració amb agulla fina

**QdV:** Qualitat de vida

**QT:** Quimioteràpia

**RT:** Radioteràpia

**SEOM:** Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica

**SC:** *Standard Care*

**SIO:** *Society for Integrative Oncology*

**SPSS:** *Statistical Package for the Social Sciences*

**TEPT:** Trastorn per Estrès Postraumàtic

**TFG:** Treball Final de Grau

## **1. RESUM I PARAULES CLAU**

**Introducció:** La prevalença del càncer de mama és elevada i els avanços diagnòstics i terapèutics, al llarg dels anys, han provocat un augment de la supervivència. Gran part de la població supervivent recupera la seva qualitat de vida un cop finalitzat el tractament. No obstant això, existeix un percentatge de població que conviu amb seqüeles cròniques i alteracions a nivell psicològic com l'ansietat i l'estrès. Malauradament, aquestes persones sovint se senten desateses i manca una certa continuïtat assistencial de forma protocolaritzada.

El programa *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR) ha demostrat la seva efectivitat en nombrosos estudis científics en l'abordatge de l'estrès i l'ansietat, en diferents grups de població.

**Objectius:** Millorar l'ansietat i l'estrès de les pacients supervivents de càncer de mama de l'àrea de Lleida mitjançant l'aplicació d'una intervenció basada en MBSR.

**Metodologia:** La cerca bibliogràfica ha estat realitzada en diferents bases de dades: *PubMed, Cinahl, Scopus, Science Direct* mitjançant la utilització de les paraules clau adjuntes a continuació.

Es tracta d'un estudi experimental amb un grup intervenció que realitzarà el programa MBSR i un grup control que no ho farà. Es compararan els resultats d'ambdòs grups amb relació a nivells d'estrès i d'ansietat emprant estadística paramètrica. Les escales de valoració utilitzades seran BAI (ansietat), PSS (estrès percebut) i MAAS (consciència plena).

**Conclusions:** S'espera que la intervenció proposada resulti beneficiosa per a les pacients supervivents de càncer de mama en termes de reducció d'estrès i ansietat.

**Paraules clau:** [Neoplàsies de mama] [Càncer de mama] [Trastorns per estrès posttraumàtic], [Ansietat], [*Mindfulness*], [Estrès]



## **Abstract and Keywords**

**Background:** The prevalence of breast cancer is high and diagnostic and therapeutic advances, over the years, have led to increased survival. Much of the surviving population recover their quality of life after the end of the treatment. However, there is a percentage of people living with chronic consequences and psychological alterations such as anxiety and stress. Unfortunately, these people often feel neglected and lack a protocolized continuity of care.

The Mindfulness Based Stress Reduction Program (MBSR) has proved its effectiveness in numerous scientific studies on tackling stress and anxiety in different population groups.

**Outcome:** To improve anxiety and stress of surviving breast cancer patients in the area of Lleida through the implementation of a MBSR-based intervention.

**Methods:** Bibliography research for this project has been carried on in *PubMed*, *Cinahl*, *Scopus* and *Science Direct* using the following mentioned keywords.

The intervention consists of an experimental study with an intervention group, which will follow the MBSR program and a control group that will not, and its comparison regarding levels of stress and anxiety using parametric statistics. The assessment tests used are BAI (anxiety), PSS (perceived stress) and MAAS (mindful awareness).

**Conclusion:** It is expected that this intervention provides benefits for anxiety and stress in breast cancer survivors.

**Keywords:** [Breast neoplasms] [Breast cancer] [Stress disorders, Post-traumatic], [Anxiety], [Mindfulness], [Stress]

## **2. INTRODUCCIÓ**

El càncer de mama constitueix una malaltia prevalent que requereix una atenció multidisciplinar, en què el rol d'infermeria és fonamental.

La pacient amb càncer de mama ha d'enfrontar-se a una sèrie de situacions complexes, canviants i, sovint, estressants. Aquestes circumstàncies impliquen sotmetre's a les proves diagnòstiques, esperar els resultats, rebre el diagnòstic, ser informada dels tractaments a seguir, ser intervinguda amb la corresponent hospitalització, rebre els tractaments complementaris com la radioteràpia i/o la quimioteràpia, realitzar els controls periòdics, rebre el tractament de la recidiva o metàstasi, i, en el pitjor dels casos, enfrontar-se a la situació de malaltia avançada/terminal(1).

Indubtablement, aquest seguit de factors pertorbadors exerceixen un gran impacte a tots els nivells (físic, psicològic i social) de la persona, no només durant el procés oncològic sinó també un cop finalitzat el tractament. Algunes dones supervivents conviuen amb diverses seqüeles cròniques i l'estrès i l'ansietat són fenòmens comuns, que, malauradament, sinó és per iniciativa pròpia, (acudint a teràpia psicològica) resten desatesos per part del sistema sanitari. És per aquest motiu, que s'ha cregut convenient centrar el present projecte en l'abordatge de les manifestacions psicològiques citades, en aquesta població.

Així doncs, l'objectiu principal és elaborar una intervenció, basada en l'evidència científica, que tingui per objectiu la disminució de l'ansietat i l'estrès de les dones supervivents de càncer de mama.

Pel que fa a la metodologia, es parteix d'una cerca bibliogràfica per a la redacció del marc teòric, posteriorment, es determinen els objectius que es pretenen assolir amb la intervenció, així com la metodologia emprada. Més endavant, es detalla la planificació de la intervenció i el programa en si, seguidament de les consideracions ètiques. Finalment, es realitza la discussió i les conclusions personals. Per últim, s'adjunta la bibliografia i els annexos que inclouen el cronograma, consentiment informat, escales i qüestionaris de valoració i el tríptic informatiu.

### **3. MARC TEÒRIC**

#### **3.1 Càncer de mama**

El càncer de mama constitueix la patologia oncològica més prevalent en les dones occidentals i també la principal causa de mort per càncer en les dones, és a dir, té uns alts índex de morbiditat i mortalitat, que, entre altres factors, fan que s'hagi convertit en un problema de salut pública(2). Es tracta d'un procés crònic i debilitant que causa una gran frustració en el pacient i que consisteix en l'alteració dels mecanismes que controlen la proliferació cel·lular, produint una divisió incontrolada de les cèl·lules que dóna lloc a la formació d'un tumor o nòdul(3), o el que és el mateix, un creixement irregular de cèl·lules anòmales(3).

Les cèl·lules tumorals malignes són cèl·lules anormals(2) que tenen la capacitat de destruir teixits i òrgans propers (infiltració) i de traslladar-se i proliferar a altres parts de l'organisme (metàstasi), fet que les diferencia de les cèl·lules que conformen els tumors benignes. La transformació d'una cèl·lula sana en una cancerígena precisa de múltiples mutacions genètiques, es necessita un període de temps relativament llarg per a que aquestes modificacions puguin desencadenar en la formació d'un tumor palpable(4).

Actualment, gràcies als avanços mèdics podem obtenir un diagnòstic i tractament precoços que influeixen positivament en l'increment de la supervivència(5), és per això, que resulta essencial centrar-nos no només en la malaltia de base sinó en les complicacions i seqüeles que impacten directament en la vida del pacient. L'abordatge d'aquesta malaltia és multidisciplinar. A Espanya es diagnostiquen cada any al voltant d'uns 25.000 casos nous. Es pot afirmar que 1 de cada 8 dones patirà un càncer de mama al llarg de la seva vida(6).

La neoplàsia mamària es forma en els teixits de la mama, generalment, en els conductes galactòfors (encarregats de dur la llet fins al mugró) i en els lobels (glàndules productores de llet). Aquest tipus de càncer pot donar-se tant en homes com en dones però en els homes és poc comú (representant menys de l'1% de tots els càncers de mama). És més freqüent en dones d'edat avançada, però un de cada quatre es diagnostica en dones menors de 50 anys. En dones menors de 35 anys el nombre de casos diagnosticats no arriba al 5%(7).

L'etiologia del càncer de mama és desconeguda, però es sap que es tracta d'un problema multifactorial. Els estrògens indueixen el creixement de les cèl·lules mamàries, augmentant el potencial d'errors genètics i, per tant, l'aparició de càncer(2). Així doncs, la majoria de càncers de mama necessiten la presència d'estrògens per poder-se desenvolupar, d'aquí que els factors de risc, amb algunes excepcions, estiguin lligats als estrògens(7).

Els principals factors de risc per al càncer de mama són: l'envelliment, gens (representen < 10%), antecedents familiars de càncer de mama, antecedents personals de càncer de mama, exposició a estrògens i progesterona al llarg de la vida, antecedents de malalties mamàries benignes (cèl·lules incapaces de disseminar-se), factors geogràfics i socials, ús de fàrmacs que contenen estrògens i progesterona, radioteràpia de la mama durant la infància o l'adolescència, sobrepès i obesitat, consum d'alcohol i tabaquisme(7).

### **3.1.1 Simptomatologia i diagnòstic**

Pel que fa a la simptomatologia de la malaltia, generalment, en la fase inicial, no apareix cap tipus de símptoma, és el que s'anomena "fase preclínica" de la malaltia. Passat aquest període de temps, el càncer de mama pot manifestar-se de diverses formes, però el símptoma més freqüent és la presència d'un nòdul palpable, dolorós o no. Quan el tumor creix poden aparèixer manifestacions com irregularitats en el contorn de la mama o manca de mobilitat d'aquesta, retracció del mugró o alteracions cutànies com envermelliment, "pell de taronja" o úlceres(4).

Rarament pot haver-hi presència de secrecions de líquid serós (telorrea) o sanguinolent (telorràgia) a través del mugró. D'altra banda, en un percentatge escàs dels casos, poden presentar-se símptomes de metàstasis localitzada en un òrgan o teixit concret, com, per exemple, dolors ossis(4).

Pel que fa al diagnòstic, aquest ha de ser precoç per tal d'aconseguir un bon pronòstic de la malaltia. Les tècniques utilitzades són les següents(4):

- Exploració clínica de les mames

Realitzada pel ginecòleg en les revisions ginecològiques anuals, inclou la palpació de mames i axil·les. Generalment, el càncer de mama és poc freqüent en dones d'edat inferior als 30-35 anys, per aquest motiu, el ginecòleg no acostuma a demanar proves complementàries, si no detecta cap alteració durant l'exploració o en casos d'antecedents familiars o alteracions genètiques conegudes.

- Mamografia

És la prova més eficaç per a diagnosticar de forma precoç el càncer de mama, degut a la seva capacitat per detectar lesions abans de ser descobertes per una mateixa o pel facultatiu. La dosi de radiació produïda pel mamògraf és mínima. Malgrat la sensibilitat de la prova, en dones joves, premenopàusiques que tenen mames denses (amb molt teixit glandular) és preferible utilitzar altres proves complementàries com l'ecografia. La prova de cribratge o screening periòdic es realitza cada un o dos anys en dones entre 45-50 i 65-70 anys.

- Ecografia

L'ecògraf utilitza ones sonores d'alta per a generar imatges en una pantalla. No emet radiació. És una prova ràpida, senzilla i indolora que, a més, permet diferenciar les lesions quístiques de les sòlides.

- PAAF (punció-aspiració amb agulla fina) i BAG (biòpsia amb agulla gruixuda)

Consisteix en l'obtenció d'una mostra de cèl·lules o de teixit mamari per a realitzar un estudi microscòpic. Amb la BAG s'obté un cilindre més o menys gruixut de teixit que permet realitzar un diagnòstic definitiu de la lesió.

- Biòpsia quirúrgica

Es basa en l'extirpació d'un nòdul o teixit sospitosos per a l'estudi anatomopatològic. S'utilitza amb menys freqüència gràcies al desenvolupament de la BAG, que és una tècnica més senzilla i que no requereix ingrés hospitalari. Els paràmetres que s'estudien són si les cèl·lules tumorals presenten receptors hormonals (per a estrògens i progesterona), expressió augmentada de la proteïna HER<sub>2</sub> i altres indicadors d'agressivitat cel·lular (capacitat de duplicar-se ràpidament).

### **3.1.2 Tractament**

El tractament, generalment, combinarà dos tipus de mètodes d'intervenció(7):

- Teràpies locals com la cirurgia o la radioteràpia (RT).
- Teràpies sistèmiques que ataquin les cèl·lules canceroses de tot l'organisme com la quimioteràpia (QT), la teràpia hormonal i els tractaments biològics.

- **Teràpies locals**

#### Cirurgia

La cirurgia es realitza sota anestèsia. En funció de les característiques del tumor, la mida de la mama i de les preferències de la pacient, es realitzarà un tipus de cirurgia o un altre(4,7):

- Cirurgia conservadora de la mama: extirpació del tumor (tumorectomia) o un quadrant de la mama (quadrantectomia) que inclou el tumor i ganglis axil·lars però sense extirpar la mama totalment. Aquest tipus de cirurgia sempre requereix ser complementada amb RT i/o QT i pot ser realitzat a dues de cada tres dones que presenten càncer de mama a Europa occidental.
- Mastectomia total o radical modificada: extirpació de la glàndula mamària en la seva totalitat i ganglis axil·lars, però es conserven els

músculs i la pell del voltant. En aquests casos es pot recomanar la reconstrucció mamària (amb implants de silicona, trasplantaments miocutanis o altres) que pot ser immediata o retardada (cal individualitzar les indicacions). Pot ser uni o bilateral i la seqüela física immediata i, en molts casos, permanent, és una mutilació(2).

És possible que abans de realitzar la cirurgia s'administri un tractament neoadjuvant amb la finalitat de reduir la mida del tumor, que, si és efectiu, faciliti l'extirpació quirúrgica del mateix, conservant la mama. En la cirurgia també és molt important l'exèresi dels ganglis limfàtics per saber si hi ha hagut disseminació de les cèl·lules canceroses als ganglis limfàtics. Aquesta extirpació, en ocasions, condueix al limfedema que és l'acumulació de limfa en el braç corresponent degut a la dificultat dels vasos limfàtics per a drenar-lo (evacuació). Poden realitzar-se dos tipus de cirurgia de ganglis limfàtics(7):

- Biòpsia del gangli sentinella: s'injecta un marcador (isòtop radioactiu) que permet la visualització dels ganglis. S'extirparan i s'analitzaran mentre la pacient es troba a quiròfan. Si el resultat mostra que estan afectats, el cirurgià realitzarà una dissecció axil·lar.
- Dissecció axil·lar: el cirurgià realitza una incisió sota el braç i extirpa el teixit tou on estan situats els ganglis limfàtics. Es sol realitzar en pacients amb neoplàsies de mama en estadis avançats.

Un cop realitzada la cirurgia es pot iniciar la teràpia adjuvant que inclou la RT, QT, hormonoteràpia i teràpia biològica(4,7).

### Radioteràpia

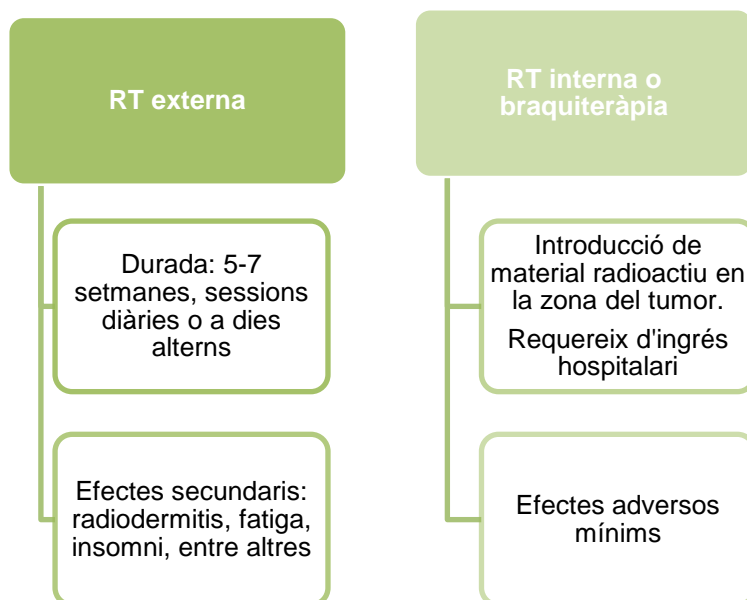
Consisteix en l'ús de radiació d'alta energia (radiacions ionitzants) a nivell local per destruir les cèl·lules canceroses. Generalment, les cèl·lules canceroses tenen menys capacitat de recuperació un cop sotmeses a la radiació que les cèl·lules sanes. Aquesta teràpia constitueix una opció per quasi tots els càncers de mama invasius(7).

- Després d'una cirurgia conservadora de mama: radioteràpia de tota la mama, seguida d'una radiació addicional (reforç o “boost”) de l'àrea d'on s'ha extret el tumor.
- Després d'una mastectomia total: en pacients amb un tumor gran i/o en aquelles pacients en les quals s'ha trobat cèl·lules canceroses en els ganglis limfàtics axil·lars. La radioteràpia es centrarà en el tòrax i, en alguns casos, en les cadenes ganglionars. Quan hi ha una clara disseminació de les cèl·lules canceroses als ganglis limfàtics supraclaviculars o retroesternals, es pot ampliar el camp d'irradiació per incloure aquestes zones(7).

Existeixen dos tipus de radioteràpia(4):

- Radioteràpia externa: és la més habitual. S'administra mitjançant un aparell anomenat accelerador lineal.
- Radioteràpia interna o braquiteràpia: s'utilitza com a tractament complementari de la RT externa.

**Figura 1. Esquema RT.** Elaboració pròpia. Font(4)





- **Teràpia sistèmica**

### Teràpia hormonal

Tractament senzill a base d'hormones que ha demostrat la seva efectivitat en la reducció de les recidives i en la millora de la supervivència en tumors hormonodependents. Generalment és un tractament de llarga durada (com a mínim de 3-5 anys)(4).

### Quimioteràpia

Es basa en l'administració d'una combinació de dos o tres fàrmacs (habitualment per via endovenosa) que s'administren seguint un protocol precís amb la finalitat de destruir les cèl·lules canceroses que han pogut envair altres zones de l'organisme i, que ni la cirurgia ni la RT poden combatre. La QT pot tenir una durada de 3 a 6 mesos, en funció del nombre de cicles i dels fàrmacs necessaris en cada cas(4).

Els efectes secundaris de la QT són variats i depenen dels fàrmacs administrats, però els més freqüents són: nàusees i vòmits, molèsties musculars, cansament, trastorns gastrointestinals, anèmia, leucopènia, trombocitopènia, alopecia, etc (4).

### Tractaments biològics

El principi d'aquest tractament es basa en el fet que les cèl·lules malignes sintetitzen més quantitat de substàncies que les cèl·lules sanes. Una de les substàncies que es troba alterada en un 20-30% de les dones amb càncer de mama és la proteïna HER<sub>2</sub>. Actualment, es disposa d'un anticòs monoclonal capaç d'actuar sobre molècules específiques de les cèl·lules que produeixen aquesta proteïna, disminuint o fins i tot impedit el seu creixement. El fàrmac s'anomena Trastuzumab i és molt selectiu, ja que no actua sobre les cèl·lules sanes. Aquest tractament pot utilitzar-se sol o en combinació amb la QT o amb la teràpia hormonal(4).

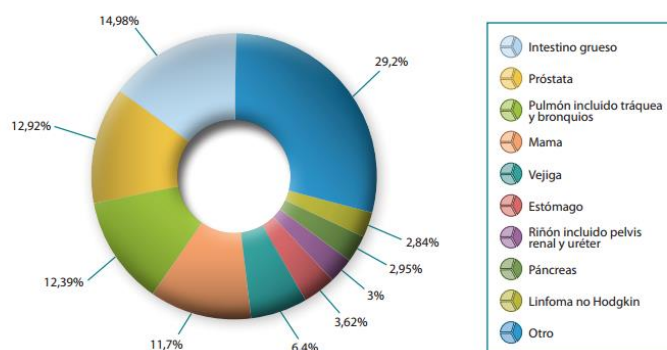
### 3.2 Epidemiologia

El càncer de mama és el tumor maligne, generalment, més freqüent entre les dones de tot el món, tant en països en vies de desenvolupament com en països desenvolupats. Pel que fa a Espanya, la incidència és baixa, en comparació a EE.UU, Canadà, Regne Unit, Països Baixos, Bèlgica, Alemanya, França i Suïssa(8).

Al nostre país es varen diagnosticar, l'any 2015, uns 27.747 casos nous de càncer de mama(9), el qual representa el 30% de tots els càncers del sexe femení. La majoria dels casos es diagnostiquen entre els 35 i els 80 anys, amb un màxim en la franja d'edat dels 45 als 65. Afortunadament, tant el nombre de casos com les taxes d'incidència augmenten de forma lenta a Espanya i arreu del món en el context d'una població envellida i gràcies, en part, al diagnòstic precoç. A Catalunya la taxa d'incidència és de 89,3 casos/100.000 habitants, mentre que la mitja nacional és de 50,9 casos/100.000 habitants(8).

Segons les dades publicades per REDECAN, recopilades per la Societat Espanyola d'Oncologia Mèdica (SEOM), la incidència del càncer de mama a Espanya l'any 2015<sup>1</sup> fou de 27.747 casos nous, constituint un dels 5 tumors més freqüents en dones(9). L'any 2012, a Espanya, hi va haver 25.215 casos nous, representant un 11,7% dels diferents tumors més freqüents(10).

**Figura 2. Incidència de tumors a Espanya l'any 2012. Font(10)**



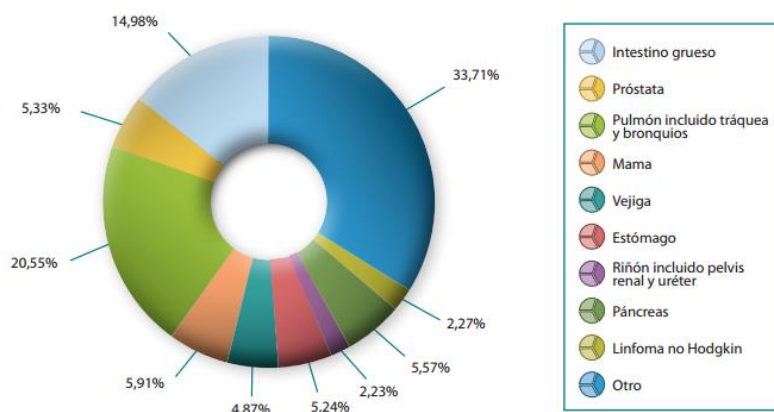
Pel que fa a la mortalitat, segons les dades proporcionades per l'Institut de Salut Carles III, l'any 2014<sup>2</sup> es van produir 41.020 defuncions de dones per càncer, 6.213

<sup>1</sup> Dades disponibles fins al moment.

<sup>2</sup> Dades disponibles fins al moment.

a causa del càncer de mama. Segons les xifres proporcionades per la SEOM, l'any 2012 el càncer de mama va provocar la mort de 6.075 pacients, representant un 5,91% de tots els pacients morts per diferents tumors. En quant a la mortalitat global, el càncer de mama va ocasionar 521.000 morts(10).

**Figura 3. Estimació de la mortalitat per tipus de tumor a Espanya l'any 2012.** Font(10)



Segons l'actualització de 2016 del monogràfic de Central de Resultats i a partir de dades extretes de l'OCDE (2012-2013) i el Registre de Mortalitat de Catalunya (2013), Espanya i Catalunya conformen els països amb inferior taxa de mortalitat en comparació amb els països de la UE seleccionats en el document (Alemanya, Dinamarca, Finlàndia, França, Grècia, Irlanda, Itàlia, Països Baixos, Portugal, Regne Unit i Suècia). La mitjana de defuncions a Espanya l'any 2013 fou de 21 per 100.000 habitants, mentre que a Catalunya fou de 21,1 per 100.000 habitants(11).

Segons l'INE, a Espanya, l'any 2013 foren 6.447 les dones que van morir a causa d'aquesta patologia(12).

Conforme al Registre del CMBD<sup>3</sup>(13) del Departament de Salut de Catalunya, la neoplàsia maligna de mama va constituir l'any 2014 un 0,7% de contactes<sup>4</sup> d'hospitalització convencional i CMA, amb una mitjana d'estada hospitalària de 2,1

<sup>3</sup> El **CMBD** és un registre sistemàtic de la morbiditat i de l'activitat assistencial que conforma una eina molt útil tant per als centres sanitaris i sociosanitaris com per a les entitats proveïdores i administracions sanitàries atès que permet conèixer la patologia tractada i la seva evolució en el temps, les característiques de l'atenció brindada i la distribució territorial de l'activitat. Les dades que s'hi recullen es troben codificades segons criteris preestablerts. Concretament, s'utilitzen les agrupacions del **CCS** de l'**AHRQ** del Govern dels Estats Units. En aquest cas, el codi diagnòstic és 00024 fent referència a neoplàsia maligna de mama, disponible en l'últim registre de 2014.

<sup>4</sup> El concepte contacte s'utilitza per designar cada vegada que un malalt accedeix a un hospital d'aguts amb la finalitat de rebre qualsevol tipus d'assistència.

dies i una mediana d'1 dia. La mitjana d'edat de les persones afectades fou de 59,1 anys, el 99,3% de les quals foren dones i es produí un 1,7% de defuncions.

### **3.3 Impacte psicològic de la malaltia**

El fet de rebre el diagnòstic de càncer comporta un intens impacte emocional, no només en la persona malalta sinó en el seu entorn familiar(4). En el càncer es donen una sèrie de circumstàncies que, per si mateixes, són generadores de malestar psicològic: la cronicitat, la incertesa en front l'evolució, els efectes secundaris dels tractaments i el significat social de la paraula "càncer", sovint associada a dolor, mort, desfiguració, por, desesperança, incertesa, incapacitat i alteració de la vida quotidiana(14). És freqüent la presència d'un "xoc" emocional on predominen els sentiments de ràbia, tristesa i incertesa(4).

#### **3.3.1 Fases de la malaltia**

La pacient diagnosticada de càncer de mama passa per un procés d'assimilació i acomodació que implica l'acceptació de diferents pèrdues, com són la pèrdua de: salut, seguretat, autonomia, llibertat, ideal de futur i lògica del vincle amb l'altre(15). A més, ha d'aprendre a conviure amb la malaltia, modificant els esquemes habituals de funcionament i utilitzant els recursos d'afrontament. Ens trobem doncs davant una persona amb una qualitat de vida disminuïda i que es troba en una situació difícil, dolorosa i havent de fer front a múltiples pors i temors(14).

Per tal d'estudiar els diferents models d'afrontament i les estratègies terapèutiques més útils per la millora de la qualitat de vida de la persona amb càncer, neix la Psicooncologia, que connecta els aspectes mèdics amb els psicològics. Aquesta disciplina estudia la relació entre els processos psicològics i la patologia neoplàsica, així com la utilitat de les intervencions psicològiques que pretenen tractar la problemàtica associada al diagnòstic i tractament d'aquesta malaltia(14).

La malaltia oncològica es caracteritza per ser un procés llarg en el que la persona ha d'enfrontar-se a múltiples situacions estressants que s'inicien quan es presenten els primers símptomes i la por a que el diagnòstic es confirmi, així com l'assimilació del

mateix. Segueix amb la preocupació i els temors induïts pels diferents tractaments i els seus efectes secundaris amb la conseqüent disminució de la qualitat de vida(14).

Un cop realitzat el tractament, alguns pacients presentaran la remissió de la malaltia, essent necessàries tant sols les revisions periòdiques. No obstant, hi ha altres casos en que la malaltia apareix altre cop, fase coneguda com **recidiva** o **recurrencia** en que és adequat reiniciar el tractament, amb les repercussions físiques i psíquiques que això comporta. Si malauradament, la malaltia no es pot controlar i avança, arribarà la fase terminal, en aquest moment els Cuidatges Pal·liatius són essencials(14).

**Quadre 1. Reaccions emocionals en cada fase de la malaltia.** Elaboració pròpia. Font(14,16,17)

Repercussió psicosocial de la malaltia	
Fases	Reaccions emocionals
<b>Diagnòstic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Gran tensió i impacte emocional: por, ira, ansietat, incertesa, tristesa, ràbia...</li> <li>- Afrontament de la vulnerabilitat, a la certesa de malaltia i a la incertesa de la seva evolució.</li> <li>- Sorgeixen pensaments sobre la mort i una visió d'aquesta més propera i real.</li> <li>- Bloqueig i incapacitat de prendre decisions.</li> <li>- Negació a conseqüència de la por, evitant parlar de la malaltia.</li> <li>- Apareixen interrogants de difícil resposta i sentiments de culpabilitat.</li> </ul>
<b>Tractament</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reaccions d'ansietat, por, pèrdua de control, indefensió i sentiments d'inutilitat. <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>Cirurgia</i>: por a l'anestèsia, al dolor i, sobretot, a les seves conseqüències (pèrdua de la mama, deformitat imatge corporal).</li> <li>• <i>Radioteràpia</i>: reaccions emocionals de caràcter ansiós, i, en alguns casos, fòbic, acompanyades de sentiments de por.</li> <li>• <i>Quimioteràpia</i>: aïllament social, ansietat, depressió, baixa autoestima, trastorns del son, dificultat de concentració, por, etc(15).</li> </ul> </li> <li>- L'ansietat pot augmentar els efectes secundaris de la QT, els quals, al seu torn, poden generar dificultat en l'adherència terapèutica.</li> </ul>
<b>Remissió o fase d'interval lliure de malaltia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Espant, indefensió, inseguretat.</li> <li>- Vulnerabilitat i <b>incertesa</b> vers el futur.</li> <li>- Por a la recaiguda/recurrència o "Síndrome de Damocles".</li> <li>- Augment de l'ansietat i estrès, dificultat per a concentrar-se i per a dormir en els dies previs a les revisions i davant qualsevol símptoma físic.</li> </ul>
<b>Recidiva</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estat de xoc més intens que en la fase del diagnòstic.</li> <li>- Enuig, enfurismament amb si mateix i sentiments de culpa.</li> <li>- Sentiments de fracàs.</li> <li>- Ràbia, tristesa, ansietat, angoixa, por, incertesa, trets depressius (indefensió i depressió).</li> </ul>
<b>Terminal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Negació, ràbia, depressió, aïllament, agressivitat i por a la mort.</li> <li>- Procés d'adaptació amb tres moments importants: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Impacte de la situació actual: negació i reaccions d'ansietat.</li> <li>• Afrontament: por, ràbia, ira i estat d'ànim deprimit.</li> <li>• Adaptació: disminució de les alteracions emocionals.</li> </ul> </li> </ul>

### **3.3.2 Repercussions psicològiques dels canvis físics originats pel tractament**

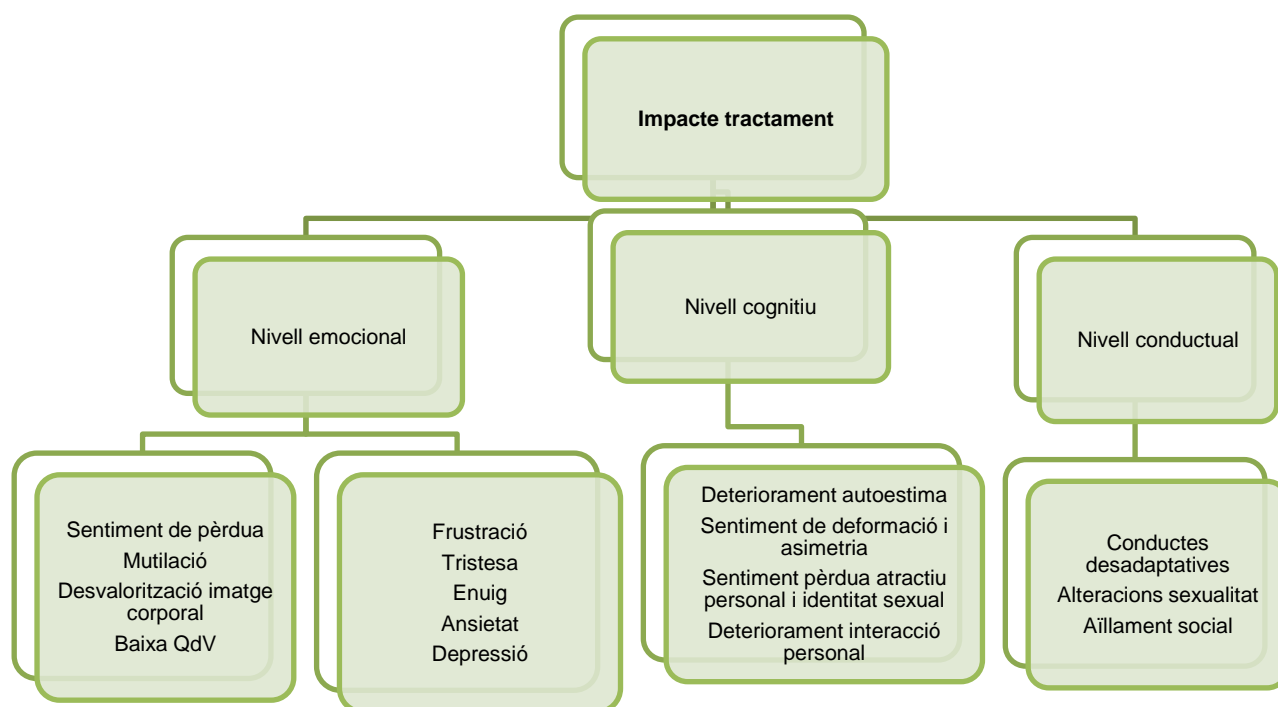
El càncer es tracta d'un problema de salut pública. El propi curs de la malaltia provoca complicacions que impliquen un canvi en els estils de vida i, la majoria de les vegades, diversos conflictes psicològics que afecten en el desenvolupament personal, en la qualitat de vida i en la posició vers la malaltia(2).

La presència d'aquests obstacles es fa palès un cop realitzats els procediments oncològics, com la cirurgia o la QT, que comporten seqüeles que limiten i potencien el desgast cognitiu, emocional i conductual de les pacients, impactant fortament sobre l'estructura física i funcional de les dones, així com en la seva qualitat de vida(2,18). Pel que fa a la QT, els efectes secundaris més freqüents que provoca són les nàusees, vòmits, debilitat, fatiga, pèrdua de gana, alopecia i neuropaties que s'associen a diverses alteracions psicològiques(19). Aquesta simptomatologia pot veure's incrementada davant la presència d'estrès i ansietat, reaccions psicològiques que s'ha vist que afecten negativament a les cèl·lules del sistema immunològic natural Killer (NK) i limfòcits T, relacionades amb la reaparició del càncer i la supervivència (20).

És important prestar atenció al concepte d'imatge corporal, per les connotacions psicològiques esmentades. El pit té una rellevància crucial en la identitat femenina i, sovint, la mastectomia pot ser interpretada com una "pèrdua de la feminitat", ja que altera la simetria corporal i la funció reproductiva i materna, així com la sexualitat(15). Cal remarcar, que en les societats occidentals, la imatge física constitueix una part fonamental de la valoració social i de la identitat personal. La imatge corporal implica el què un pensa, sent i com es percep i actua en relació al seu propi cos(21).

A continuació, s'adjunta un esquema que especifica l'impacte del tractament oncològic a diferents nivells psicològics:

**Figura 4. Impacte tractament.** Elaboració pròpia. Font (2,19)



### 3.3.3 Fase de supervivència

La fi del tractament dona lloc a una nova etapa en la que disminueix la intensitat d'intervenció dels serveis sanitaris. Generalment, les dones la perceben com un període de descompressió o alleujament, però per a altres significa una pèrdua de protecció. El fet d'iniciar-se una nova etapa desconeguda pot generar incertesa, inseguretat o por, que poden relacionar-se amb la qualitat i continuïtat de la vida(22).

Les pacients perceben la informació personalitzada com un factor de seguretat que els ajuda a disminuir la incertesa, ja que bona part de la desprotecció experimentada s'atribueix a un dèficit d'informació. Una de les característiques més importants d'aquesta etapa és la por a la recurrència(22) i l'impacte psicològic que exerceixen les seqüeles físiques, psicològiques i socials que ha pogut generar la malaltia, que poden comportar estrès i ansietat(17). De la mateixa manera, ho poden desencadenar els canvis en la dinàmica familiar i/o de parella, la dependència, les



dificultats en les relacions socials, els trastorns de l'autoestima i l'autoconcepte, els canvis en l'estil de vida i la recuperació de la quotidianitat(23).

Es distingeixen tres etapes de supervivència del càncer(23):

- Supervivència aguda (viure amb càncer): comença amb el diagnòstic de càncer i inclou períodes d'exàmens i tractament.
- Supervivència estesa (fase intermitja, passar el càncer): comença amb la remissió de la malaltia i finalització del tractament inicial, aquesta fase pot incloure el manteniment, la consolidació o el seguiment.
- Supervivència permanent (a llarg termini, viure després del càncer): depenent del tipus de càncer, aquesta fase pot identificar-se com la "cura" o com la supervivència perllongada després de la remissió.

Es calcula que entre un 3-45% de supervivents<sup>5</sup> pateixen trastorn per estrès postraumàtic (TEPT), durant el temps posterior al tractament i que aquest té tendència a cronificar-se. Malgrat la seva prevalença, existeixen pocs tractaments psicològics per reduir-lo(24). Encara que la majoria dels supervivents de càncer no compleixen tots els criteris per a un diagnòstic de TEPT segons els criteris que s'utilitzen usualment per al seu diagnòstic, sí que s'observen un o diversos símptomes que s'agrupen en tres categories(24):

- a) **Pensaments intrusius i re-experimentació.** Apareixen entre el 16-28% dels supervivents de càncer. Inclouen pensaments o somnis relacionats amb el càncer que apareixen involuntàriament i que provoquen un gran malestar pel fet de recordar la malaltia (no solament el diagnòstic del càncer sinó elements relacionats amb el tractament en forma de *flashbacks* o malsons).
- b) **Embotiment emocional i evitació dels records.** S'estima que aquests símptomes apareixen entre el 15-34% dels supervivents. Comprèn l'evitació dels records i supressió activa dels pensaments relacionats amb la malaltia així com el fet de tenir sentiments que el càncer no és real.
- c) **Hipervigilància i hiperactivació fisiològica.** Aquests símptomes (insomni, manca de concentració) apareixen en al menys un 25% dels supervivents. En

---

<sup>5</sup> S'entén per supervivent tota persona diagnosticada de càncer, des del moment del diagnòstic i durant tota la vida. Un supervivent a llarg termini és aquell diagnosticat des de fa 5 o més anys (període on succeeixen la majoria de recidives).

aquest cas resulta més complicat fer una estimació de la seva presència ja que en ocasions poden associar-se al tractament.

Pel que fa l'ansietat, aquesta és una emoció natural, experimentada com a desagradable i negativa, que sorgeix en una situació en què l'individu percep una amenaça que fa que es posi en alerta. És a dir, és una resposta a l'estrès. Aquesta reacció emocional pot observar-se a un triple nivell(25):

- **A nivell cognitivo-subjectiu:** caracteritzat per sentiments de malestar, preocupació, hipervigilància, tensió, temor, inseguretat, sensació de pèrdua de control, percepció de canvis fisiològics (a nivell cardíac i respiratori).
- **A nivell fisiològic:** activació del Sistema Nerviós Autònom i el Sistema Nerviós Motor, principalment. Taquicàrdia, taquipnea, sudoració, temperatura perifèrica, tensió muscular, sensacions gàstriques, etc.
- **A nivell motor o observable:** inquietud motora, hiperactivitat, moviments repetitius, dificultats per a la comunicació (tartamudeig), evitació de situacions temudes, consum de substàncies, plor, tensió en l'expressió facial.

L'ansietat pot afectar a més de la meitat de supervivents de càncer de mama i s'associa amb la presència de depressió, trastorns del son, menor qualitat de vida i major presència de dolor i fatiga. A més, també es relaciona amb una pitjor imatge corporal i funcionament sexual, així com en unes pitjors perspectives de futur(26).

Si bé els nivells d'ansietat es troben més elevats després del diagnòstic de càncer i es van reduint progressivament durant el tractament i posteriorment, hi ha autors que observen que en les supervivents de càncer, l'ansietat es manté elevada, inclús anys després de finalitzar el tractament. S'observa que aquesta és superior en dones amb menor escolaritat i que han estat sotmeses a RT o QT(26).

En aquest aspecte, cal destacar que el fenomen denominat com incertesa, està indiscutiblement unit a l'experiència d'ansietat. Concretament, la intolerància a la incertesa dels esdeveniments futurs(27). No obstant, les necessitats i problemes en aquest grup de persones han estat poc estudiades i manquen estratègies específiques que hi puguin donar solució(23). Per la qual cosa, resulta necessari desenvolupar una estratègia d'afrontament efectiva per minimitzar l'impacte emocional i promoure'n l'autoregulació(28).

### 3.4 L'afrontament com a estratègia terapèutica

Com s'ha esmentat anteriorment, el càncer de mama i el conjunt de tractaments terapèutics exerceixen un impacte a diferents nivells de la persona que requereixen emprar certes estratègies d'afrontament, per tal d'assimilar aquest xoc emocional provocat per l'amenaça que suposa el fet de tenir càncer sobre la integritat física i sobre la vida. Les defenses i l'afrontament es vinculen amb la forma en que els diferents estressors relacionats amb la malaltia són avaluats i processats(29).

Així doncs, definiríem l'afrontament com aquells mecanismes adaptatius, cognitius i/o conductuals específics en l'intent de manejar (reduir, tolerar o regular) les situacions considerades com estressants, desbordants o que posen a prova els recursos personals, amb l'objectiu de preservar la integritat física i psíquica, recuperar les funcions malmeses d'un mode reversible i compensar qualsevol deteriorament irreversible. Això és possible a través de la descoberta del sentit de la malaltia l'afrontament de la impotència, la incertesa, les dificultats per assolir objectius a la vida i als canvis físics i psicològics experimentats.

Dins les estratègies d'afrontament, es diferencien les adaptatives i les no adaptatives(1,15,30–32):

**Figura 5. Tipus d'estratègies d'afrontament.** Elaboració pròpia. Font(30)



- 1) Resolució de problemes: estratègies cognitives i conductuals encaminades a alliberar les emocions provocades pel procés d'estrès, modificant la situació que el produeix.
- 2) Reestructuració cognitiva: modificació del significat de la situació estressant.
- 3) Suport social: estratègia referida a la cerca de suport emocional.
- 4) Expressió emocional: té la finalitat d'alliberar emocions provocades pel procés estressant.
- 5) Evitació de problemes: maneig inadequat centrat en el problema i caracteritzat per la negació i l'evitació de pensaments o actes relacionats amb el procés estressant.
- 6) Pensament desideratiu: maneig inadequat centrat en el problema que reflecteix el desig que la realitat no sigui estressant amb tendència a fantasiejar sobre la realitat.
- 7) Retirada social: maneig inadequat centrat en la emoció, on la pacient s'aïlla d'amics, familiars, companys i persones significatives.
- 8) Autocrítica: maneig inadequat centrat en l'emoció basat en l'auto-inculpació per l'esdeveniment d'una situació.

No obstant, en l'afrontament no només hi intervenen factors com el tipus d'estratègia utilitzada sinó que cobren molta importància la malaltia i el tipus de tractament administrat, les característiques pròpies de la pacient (edat, estat civil, escolaritat, ocupació, personalitat i nivell socioeconòmic), les experiències prèvies viscudes, el significat atribuït a la malaltia, el sentit atorgat a la vida i l'entorn (tipus de família, suport social, relació satisfactòria amb la parella i funcionament familiar)(30).

És destacable que en les pacients amb major escolaritat l'afrontament és més adaptatiu, caracteritzat per la utilització d'estratègies centrades en l'emoció com l'expressió emocional i el suport social i centrades en el problema com la reestructuració cognitiva, relacionades amb la millora de la qualitat de vida. La resolució de problemes és l'estratègia més utilitzada, influenciada pel tipus de tractament rebut. L'estructura familiar i la percepció de les pacients també són vistes com factors influents en la capacitat d'afrontament(30).

En definitiva, com més freqüent sigui la utilització d'estratègies d'afrontament, menors seran els nivells de depressió i ansietat experimentats i, com majors siguin els nivells d'autoestima, menors seran els nivells d'ansietat(32). És a dir, l'afrontament s'associa a una bona qualitat de vida en pacients amb càncer de mama.

Una altra variable que incrementa la qualitat de vida és l'optimisme, que és la creença o expectativa generalitzada i estable de què passaran successos positius. En presència de dificultats, les expectatives positives augmenten els esforços per assolir els objectius, promovent un afrontament actiu i persistent(15).

S'ha demostrat que l'optimisme té impacte en la salut psicològica de la dona (en quan a imatge corporal i aparença, autoestima, aprenentatge, memòria i concentració), en la salut social (relacions socials, suport social i activitat sexual) i en salut ambiental (recursos econòmics, llibertat, seguretat física, accessibilitat i qualitat del sistema sanitari, ambient a la llar, oportunitats d'adquirir informació i habilitats noves, activitats d'oci...). A més, existeixen estudis que demostren l'estreta relació entre optimisme i sistema immunològic, demostrant que front a situacions d'estrès, l'organisme dels més optimistes genera millors respostes immunològiques que les dels pessimistes. Així doncs, l'optimisme millora el sistema immunològic a l'augmentar l'activitat citotòxica de les cèl·lules Natural Killer (NK) i el nombre de cèl·lules T col·laboradores(15).

Per tots aquestes beneficis, l'optimisme constitueix un predictor de salut. El pessimisme, contràriament, exerceix l'efecte oposat, associant-se a la disrupció d'activitats socials i de diversió i a dificultats per adaptar-se al diagnòstic i al tractament, augmentant doncs, el risc de produir-se reaccions psicològiques desfavorables com la tendència a la depressió(15).

El fet que l'afrontament sigui una eina útil i necessària en la salut psicològica de la dona, la qual pot tenir un impacte positiu en la salut física, en el context d'una situació estressant, per tots els motius abans esmentats fan necessari i oportú el fet de considerar una tècnica d'afrontament que tingui per objectiu la reducció de l'estrès i l'ansietat.

### **3.4.1 Mindfulness com a tècnica d'afrontament**

Així doncs, la necessitat d'afrontament en les dones amb càncer de mama és innegable, per la qual cosa calen solucions completes i integrals per tal de realitzar un abordatge biopsicosocial de la persona en qualsevol de les fases que es trobi de la malaltia.

La meditació es defineix com el procés a través del qual, la persona observa i pren consciència del què està succeint a cada instant en el seu cos i en la seva ment, acceptant les experiències que es van presentant tal com són. Es tracta d'una pràctica budista que té com a finalitat eliminar el sofriment i altres emocions destructives. Des del punt de vista budista, tant la felicitat com el sofriment no depenen fonamentalment de les circumstàncies externes, sinó de la pròpia ment(33).

La meditació és un procés atencional que exerceix canvis sobre l'activitat hormonal i autonòmica i l'estructura cerebral ja que es troba vinculada amb sistemes implicats en processos emocionals, d'aprenentatge i memòria, com l'amígdala, còrtex orbitofrontal cingulat posterior, hipocamp o cerebel. Per tant, té el poder de modificar l'activitat cerebral. De forma general, es pot afirmar que les ones alpha (costat esquerre) incrementen el seu ritme i les theta (costat dret) s'activen i s'associen a la consciència d'interocepció, a les emocions positives i a l'atenció. A més, les ones gamma també són estimulades, incidint en la plasticitat cerebral(20).

Existeixen diferents tipus de meditació(20):

- Meditació atencional o Mindfulness/Atenció plena: consisteix en centrar l'atenció sobre la respiració per a viure el moment.
- Meditació de concentració: la ment es dirigeix a un objecte específic. L'element de meditació pot ser una imatge o un so.
- Meditació d'integració/interiorització: combina les dues anteriors. Alguns exemples són la meditació transcendental i zen.

La majoria dels tipus de meditació comparteixen quatre elements(34):

- Una zona tranquil·la amb poques distraccions.
- Assumpció d'una postura còmoda específica.

- Un focus d'atenció, per exemple, la respiració.
- Un estat obert de la ment en el qual es deixa que els pensaments i distraccions vagin i vinguin, naturalment, sense jutjar-los.

### **3.4.2 Mindfulness i els efectes sobre el pacient oncològic**

Els efectes de la meditació sobre el pacient oncològic estan especialment estudiats en el càncer de mama i, en aquest cas, ens centrarem en la tècnica *Mindfulness Based Stress Reduction* (MBSR), la qual incideix en l'estrès i l'ansietat, que són els símptomes que es pretenen abordar. L'impacte econòmic de la meditació en oncologia no està descrit però hi ha estudis que apunten a una reducció de la despesa en recursos sanitaris en pacients crònics, depressió, ansietat i la reducció de visites al metge, així com un menor consum de fàrmacs. La senzillesa de la tècnica i l'impacte que exerceix sobre la qualitat de vida de l'individu justifiquen el seu ús en sanitat(35).

El *Mindfulness* o “atenció/consciència plena” té els seus orígens en la filosofia Budista i ha estat adaptat per gestionar problemes tant físics com psicològics, com a teràpia complementària. *Mindfulness* és la traducció a l'anglès del terme *sati* que implica consciència, atenció i record. L'MBSR fou desenvolupat per *Jon Kabat- Zinn* l'any 1982 i constitueix un enfocament pioner pel que fa a la integració de tècniques de meditació en la medicina i psicologia occidental(33). El terme és definit pel mateix com “la consciència que emergeix a través de prestar atenció a propòsit, en el moment present i sense jutjar l'experiència moment a moment”(36).

**Figura 6. Actituds principals MBSR.** Elaboració pròpia. Font(33)



El *Mindfulness* consisteix en treballar l'atenció plena, portant tota l'atenció als sentits i l'activitat mental del present, és a dir, a l'experiència del moment actual, d'una manera lliure de prejudicis sobre els pensaments, les emocions, els hàbits de conducta, el dolor físic o l'estrès psicològic(36,37). Les publicacions sobre aquesta pràctica van començar a aparèixer a la dècada dels setanta i des d'aquell moment no han deixat d'augmentar ja que posseeix múltiples aplicacions que susciten cert interès, com pot ser en l'àmbit de l'educació; com a eina didàctica(33).

Pel que fa a l'àmbit de l'oncologia, s'han revisat sistemàticament intervencions a pacients oncològics (MBI's), les quals han suggerit efectivitat en la millora de diversos símptomes com l'estrès, la depressió, l'ansietat, la ira, la qualitat de vida (QdV), la fatiga i els trastorns del son, resultant en una disminució del sofriment psicològic(38).

Els mecanismes d'acció de *Mindfulness* tenen efecte sobre la percepció del dolor, de manera que poden disminuir el consum de fàrmacs (analgèsics, antidepressius, ansiolítics). També contribueix a millorar la capacitat de decisió del pacient, les relacions personals i l'adherència terapèutica, així com a augmentar la motivació i a modificar la resposta a l'estrès(39).

La pràctica regular pretén crear un estat d'acceptació, consciència i atenció dels pensaments i emocions(34) que condueix a una millora de les estratègies de regulació emocional (afrontament) i la QdV, a la reducció de pensaments intrusius,

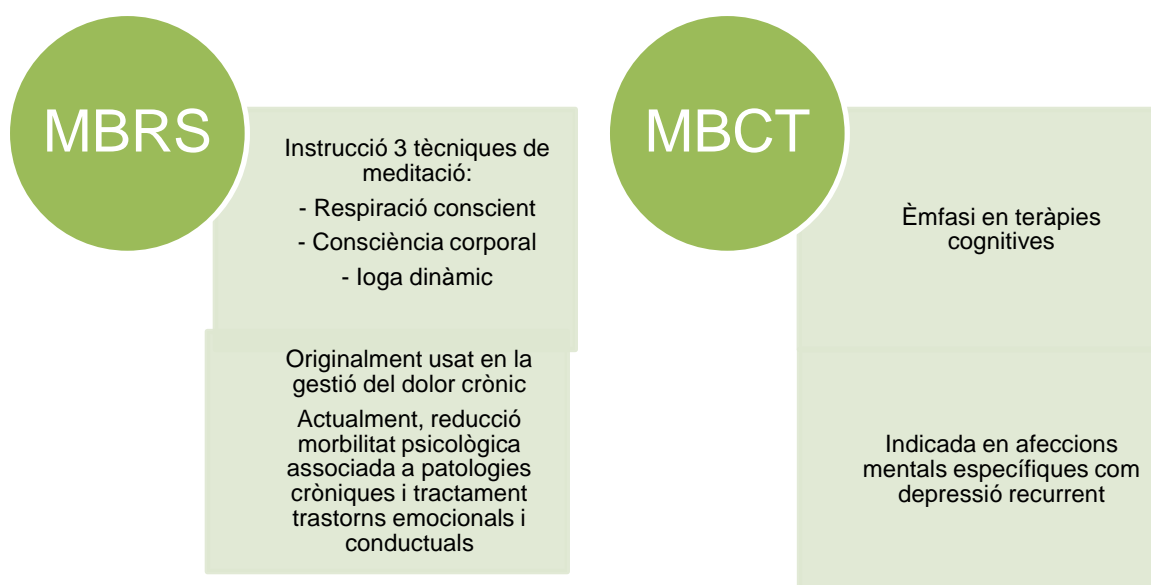


l'ansietat i la depressió, de manera que constitueix un bon recurs per a les pacients amb càncer de mama(38).

Gran part dels estudis tenen com a mostra pacients supervivents de càncer de mama, un grup no menys important que les que es troben en ple procés oncològic, degut a la gran quantitat de seqüeles tant físiques com psicològiques que pateixen.

Existeixen dos tipus principals de teràpies basades en *Mindfulness*, que són el *Mindfulness-Based Stress Reduction* (MBSR) i el *Mindfulness-Based Cognitive Therapy* (MBCT) la qual deriva del MBSR(36)(veure figura 7):

**Figura 7. Tipus de teràpies basades en *Mindfulness*.** Elaboració pròpia. Font(36)



Les MBI's, segons la bibliografia revisada, inclouen un entrenament en grup (fundat per *Jon Kabat-Zinn*) de 8 setmanes i 8 sessions (una per setmana) d'una durada aproximada de 2,5 hores estipulades, que inclouen(33,37,40):

- 1) Meditació en sedestació, posant l'atenció en primer lloc a la respiració i després a l'observació dels estats mentals, emocionals i esdeveniments estressants de la rutina.
- 2) L'exploració del cos o *body scan* amb l'objectiu de prestar atenció a les diferents àrees corporals i cultivar un elevat estat de consciència sobre les qualitats bones i les limitacions del cos físic.

- 3) Hatha ioga o *Mindfulness* del moviment corporal que implica prestar atenció a la respiració i als moviments físics d'estirament corporal.

En alguns estudis es complementa el programa amb la instrucció didàctica sobre com gestionar l'estrès i en cada sessió es dedica un temps a compartir i observar les experiències amb els/les integrants del grup d'una manera no crítica, la qual cosa permet l'entesa dels seus patrons de comportament. A més, els participants realitzen autoregistres i practiquen els exercicis de forma individual a casa amb ajuda audiovisual(33).

Així doncs, les pacients poden aprendre tant a acceptar les seves emocions com deixar-les de banda, permetent-los estar presents en el propi sofriment i en els de les altres participants, sense reaccionar automàticament al mateix(41).

En un estudi qualitatiu, s'exploraren els possibles beneficis i impediments de participar amb altres pacients en el context d'un entrenament MBSR, els resultats obtinguts manifestats per les participants foren: sentiment d'acceptació, connexió i confiança amb la resta d'integrants del grup. Percepció d'una atmosfera de seguretat i suport i capacitat de reconèixer emocions i d'adoptar diferents perspectives creant un sentiment comú d'humanitat, sentint que un no està sol en el dolor i que el sofriment és inherent a la vida. Per la qual cosa, l'entrenament pot proporcionar un context idoni on les pacients se sentin segures per expressar les seves emocions i compartir experiències personals(41).

A continuació, es mostra el quadre 2, on s'especifiquen diferents estudis de forma més específica:

**Quadre 2. Estudis realitzats en dones amb CM mitjançant intervencions MBSR. Elaboració pròpia.**

Títol publicació	Tipus estudi	Any	Revista	Tipus de mostra	Objectiu	Resum/Resultats
<i>Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects Across Multiple Symptom Clusters</i> (42)	Assaig clínic	2017	<i>Journal of Pain and Symptom Management</i>	322 dones amb càncer de mama post-tractament	Identificar els grups de símptomes post-tractament i determinar la seva millora després de realitzar el programa MBSR.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Intervenció estàndar MBSR adaptada a 6 setmanes.</li> <li>- S'avalua FORs, depressió, ansietat, estrès percebut, fatiga, dolor, QdV, mindfulness, severitat dels símptomes, qualitat del son i funció cognitiva</li> <li>- Resultats: des de l'inici fins a les 6 setmanes, s'observa efectivitat en els símptomes psicològics (ansietat, depressió, estrès percebut i QdV, així com benestar emocional) i en la fatiga. Entre la sisena i dotzena setmana els resultats es mantenen sense observar-se cap millora addicional.</li> </ul>
<i>Effects of mindfulness-based-therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis</i> (36)	Revisió sistemàtica i meta-anàlisi de 7 assajos aleatoris controlats	2016	<i>Complementary therapies in Medicine</i>	Adults amb diagnòstic clínic de càncer de mama sense tenir en compte l'estat actual del tractament	Quantificar els efectes de l'MBSR en la salut física, psicològica i QdV.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canvis estadísticament significatius en la millora de l'ansietat, depressió, por a la recidiva, benestar emocional, fatiga, funcionament físic i salut física en grup intervenció en comparació al grup control.</li> <li>- Els efectes sobre l'estrès, l'espiritualitat i el dolor són en la direcció esperada però no s'observa un canvi estadísticament significatiu.</li> <li>- Evidència limitada dels efectes sobre la QdV.</li> </ul>
<i>Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) versus Supportive Expressive Group Therapy (SET) for distressed breast cancer survivors: evaluating mindfulness and social support as mediators</i> (43)	Assaig aleatori controlat	2016	<i>Journal of Behavioral Medicine</i>	94 dones supervivents de càncer de mama	Examinar els possibles mediadors responsables de l'efecte de l'MBCR i SET en els resultats psicològics.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Un grup realitza MBCR (MBSR adaptat a pacients oncològics) i l'altre SET.</li> <li>- S'obtenen resultats de millora trastorns de l'humor i de símptomes d'estrès associada a l'augment del sentiment de suport social post MBCR en comparació a SET.</li> </ul>

**Mindfulness en l'afrontament de l'ansietat i l'estrès en dones supervivents de càncer de mama.**

<b>Títol publicació</b>	<b>Tipus estudi</b>	<b>Any</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipus de mostra</b>	<b>Objectiu</b>	<b>Resum/Resultats</b>
<i>Examination of Broad Symptom Improvement Resulting From Mindfulness-Based Stress Reduction in Breast Cancer</i> (44)	Assaig aleatori controlat	2016	<i>Journal of Clinical Oncology</i>	322 dones supervivents de càncer de mama	Avaluar l'eficàcia de MBSR en la millora dels símptomes psicològics i físics, així com de la QdV.	- Intervenció estàndar MBSR adaptada a 6 setmanes. -. S'avaluen els símptomes físics (dolor i fatiga) els símptomes psicològics (depressió, ansietat, por a la recurrència o FORs i la QdV. - Resultats: millora de l'ansietat, FORs, depressió i fatiga. S'observa major millora dels símptomes en aquelles participants que presentaven un nivell alt d'estrès a l'inici de la intervenció.
<i>Mindfulness for the Self-Management of Fatigue, Anxiety, and Depression in Women with Metastatic Breast Cancer: A Mixed Methods Feasibility Study</i> (38)	Estudi de viabilitat mixt (mètodes qualitatiu/quantitatiu)	2015	<i>Integrative Cancer Therapies</i>	19 dones amb càncer de mama metastàtic (MBC)	Avaluar l'efectivitat de MBSR en la fatiga, ansietat i depressió per investigar la viabilitat de proporcionar-lo en el Servei Nacional de Salut.	- Es realitza intervenció estàndar MBSR. -S'administren qüestionaris sobre fatiga, ansietat i depressió, QdV i <i>Mindfulness</i> abans, durant i després de la intervenció. - Resultats: millora de l'ansietat i, consegüentment, de la conciliació del son, així com de la QdV. Millor maneig de les relacions socials i acceptació del fet de viure amb MBC. Alleujament fatiga i depressió (però no estadísticament significatiu pel tamany reduït de la mostra).
<i>Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial</i> (45)	Assaig aleatori controlat	2015	<i>Cancer</i>	71 dones supervivents de càncer de mama	Determinar la factibilitat i eficàcia MBSR sobre els resultats psicològics, conductuals i biològics.	- Intervenció estàndar MBSR adaptada a 6 setmanes (6 sessions). - Millora significativa en l'estrès percebut.

**Mindfulness en l'afrontament de l'ansietat i l'estrès en dones supervivents de càncer de mama.**

<b>Títol publicació</b>	<b>Tipus estudi</b>	<b>Any</b>	<b>Revista</b>	<b>Tipus de mostra</b>	<b>Objectiu</b>	<b>Resum/Resultats</b>
<i>A Randomized Controlled Trial of Feasibility and Efficacy of an Online Mindfulness-Based Cancer Recovery Program: The eTherapy for Cancer AppLying Mindfulness Trial(46)</i>	Assaig aleatori controlat	2014	<i>Psychosomatic Medicine</i>	62 homes i dones supervivents de càncer	Investigar la viabilitat i l'impacte d'un programa MBCR online a temps real.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Programa MBCR convencional (adaptació de MBSR) via online.</li> <li>- Resultats: viabilitat i eficàcia del programa en la reducció dels trastorns de l'humor i dels símptomes d'estrès, així com augment en l'espiritualitat i l'actuació conscient comparat amb el tractament convencional.</li> </ul>
<i>A Randomized Controlled Trial of Minfulness-Based-Stress Reduction for Women With Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy(47)</i>	Assaig aleatori controlat	2013	<i>Integrative Cancer Therapy</i>	159 dones en les primeres etapes de la malaltia, sotmeses a RT	Comprovar l'eficàcia relativa d'un programa MBSR en comparació a una intervenció d'educació nutricional i l'atenció convencional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Es divideix la mostra en 3 grups, un que realitzarà el programa convencional d' MBSR, l'altre d'intervenció nutricional i l'últim d'atenció convencional.</li> <li>- S'obtenen resultats positius en paràmetres psicosocials: millora significativa QdV i afrontament psicosocial, impotència, evitació cognitiva, depressió, ideació paranoide, hostilitat, ansietat, gravetat global, preocupació ansiosa i control emocional.</li> </ul>

En conclusió, els estudis realitzats sobre intervencions basades en el programa MBSR, han demostrat ser efectives en diferents grups de pacients oncològics (diferents fases de tractament, càncer metastàtic, supervivents, primeres etapes de la malaltia) amb relació a millora de l'ansietat, estrès, fatiga, QdV, depressió, por a la recurrència, millor maneig emocional, etc.

### 3.4.3 *Mindfulness* dins la vessant integrativa de l'oncologia

Per tal d'endinsar-nos en l'àmbit de l'oncologia integrativa cal definir alguns conceptes bàsics(48):

- **Teràpies complementàries i alternatives:** qualsevol sistema mèdic, pràctica o producte que no forma part de l'assistència mèdica convencional. Inclouen, per exemple, productes naturals (vitamines, minerals, productes botànics, olis) i les pràctiques que es basen en la relació cos-ment (ioga, meditació, acupuntura i massatge).
- **Medicina complementària:** ús d'una teràpia en combinació amb la medicina convencional.
- **Medicina alternativa:** ús d'una teràpia en lloc de la medicina convencional.
- **Medicina integrativa:** ús de les tècniques complementàries basades en l'evidència científica en coordinació amb les cures convencionals basades en l'evidència.
- **Oncologia integrativa:** ús de les tècniques complementàries i integratives basades en l'evidència en coordinació amb les cures convencionals al pacient oncològic.

L'any 2004 els principals líders en investigació i pràctica de l'oncologia integrativa dels Estats Units van formar la SIO amb la finalitat de promoure l'expansió de l'atenció de salut integrativa per tal de millorar la vida de les persones afectades pel càncer.

En la guia de pràctica clínica de la SIO s'inclou un resum de revisions sistemàtiques sobre l'ús de teràpies complementàries durant el tractament del càncer de mama, les quals es vinculen amb *Mindfulness*:

**Quadre 3. Aplicació clínica de teràpies complementàries per al tractament de símptomes en CM. Nivells d'evidència.** Elaboració pròpia. Font(48)

Aplicació clínica	Recomanació	Nivell d'evidència <sup>6</sup>
<b>Ansietat/Reducció estrès</b>	La <b>meditació</b> es recomana per reduir l'ansietat en pacients amb CM i/o sotmesos en RT.	B
	La gestió de l'estrès està recomanada per reduir l'ansietat durant el tractament, els programes de més llarga durada són millors que els de curta i que els autoadministrats a casa.	B
	El <b>ioga</b> es recomana per reduir l'ansietat en pacients amb CM sotmeses a RT i/o QT i en pacients amb fatiga.	B
	La <b>relaxació</b> pot ser considerada per tractar l'ansietat durant el tractament.	C
<b>Depressió/humor</b>	La meditació, en particular, <b>MBSR</b> , es recomana per tractar trastorns de l'humor i símptomes depressius en pacients amb CM sotmeses a RT.	A
	La relaxació es recomana per millorar l'estat d'ànim i símptomes depressius quan es combina amb els cuidatges estàndar (SC).	A
	El <b>ioga</b> es recomana per millorar l'estat d'ànim en dones sotmeses a RT i/o QT i per pacients amb fatiga en combinació amb els SC.	A
	Les intervencions de <b>control de l'estrès</b> amb o sense exercici poden considerades en la millora de l'estat d'ànim en pacients amb CM.	C

<sup>6</sup> **Nivell d'evidència A** = es recomana la modalitat. Existeix un alt nivell de certesa que el benefici és substancial. Per la qual cosa, com a proveïdors de salut podem oferir/proporcionar aquesta modalitat. **Nivell d'evidència B** = es recomana la modalitat. Hi ha un alt nivell de certesa que el benefici és moderat o hi ha la certesa moderada que el benefici és de moderat a substancial. Com a proveïdors de salut podem oferir/proporcionar aquesta modalitat. **Nivell d'evidència C** = es recomana oferir o proporcionar de forma selectiva aquest servei a pacients de forma individualitzada, en base al judici professional i a les preferències del pacient. És a dir, com a proveïdors de salut, caldrà tenir en compte les circumstàncies individuals.

<b>Son/Descans</b>	Les tècniques de <b>gestió de l'estrès</b> poden ser considerades en el tractament dels trastorns del son.	C
	El <b>ioga suau</b> pot ser considerat per al tractament dels trastorns del son.	C
<b>QdV</b>	La <b>meditació</b> es recomana per millorar la QdV en les pacients amb CM.	A
	La <b>gestió de l'estrès</b> pot ser considerada per a la millora de la QdV de les pacients amb CM.	C
	El <b>ioga</b> pot ser considerat per a la millora de la QdV de les pacients amb CM.	C
	L'exercitació de la consciència pot ser considerada per a la millora del funcionament de les pacients amb CM.	C
<b>Dolor</b>	Un programa d'entrenament físic que inclogui una modalitat cos-ment pot ser considerat per alleujar el dolor associat a la cirurgia en pacients amb CM.	C



## **4. TEORIA D'INFERMERIA**

Per tal de contextualitzar aquest projecte sobre una base teòrica pròpia d'infermeria, s'ha cregut oportú centrar-nos en la Teoria de la trajectòria de la malaltia de *Wiener i Dodd*. És tracta d'una teoria precisa de nivell intermig, que pretén donar resposta a preguntes concretes sobre la pràctica infermera (49).

La idea principal que estableix aquest paradigma és que el fet de patir una malaltia representa una alteració de la vida, afectant a aspectes tant bàsics com el funcionament fisiològic, les interaccions socials i la concepció d'un mateix(49). En altres paraules, aquesta tesi reafirma la informació exposada en el marc teòric pel que fa a les repercussions que origina el càncer de mama.

Per tal de donar resposta a aquestes alteracions, segons la teoria de la trajectòria de la malaltia, és necessària la utilització d'estratègies d'afrontament, concepte que s'ha anat repetint al llarg del treball, ja que es tracta d'un element clau en el procés oncològic i durant tota la vida de la persona.

*Wiener i Dodd* varen establir una sèrie de preocupacions respecte a la sobreatribució conceptual del paper de la incertesa en el marc de les respostes de comprensió per a viure amb l'alteració de la malaltia. La vida està plena d'incerteses, de forma que la malaltia (especialment la crònica), en aquest cas el CM, agreuja aquesta incertesa.(49).

### **4.1 Elements bàsics de la teoria**

La vida se situa en un context biogràfic i l'autoconcepció té el seu origen en el propi cos físic i es formula d'acord amb la capacitat percebuda per dur a terme activitats quotidianes amb l'objectiu d'assolir objectius diversos. Els elements fonamentals del context biogràfic són(49):

- La **identitat**: concepció d'un mateix en un moment determinat, que unifica múltiples aspectes d'un mateix i se situa en el cos.
- La **temporalitat**: el moment biogràfic reflectit en el flux continu dels esdeveniments del curs de la vida; les percepcions del passat, present i possiblement del futur es barregen en la concepció d'un mateix.

- El **cos**: les activitats de la vida i les percepcions que se'n deriven es basen en el cos.

La patologia produeix un desequilibri d'aquests elements, ocasionat pel sentiment de pèrdua de control i, alhora, situacions d'incertesa que varien al llarg de la trajectòria de la malaltia. Les activitats quotidianes de la vida amb la presència d'una malaltia s'entenen com a formes de treball, que impliquen a la persona i a la resta d'individus que interactuen amb ella (principalment, família i personal sanitari), que és el que denominarem com organització total. En l'esquema adjunt, la persona malalta és el treballador central; no obstant això, el treball es veu influenciat per la organització total(49).

**Figura 8. Estructura de treball en la trajectòria de malaltia.** Elaboració pròpia. Font(41)



Els tipus de treball s'organitzen al voltant de les següents quatre línies de trajectòria de treball realitzades pel pacient i els seus familiars(49):

1. **Treball relacionat amb la malaltia:** diagnòstic , control simptomàtic, règim de cures i prevenció de crisis.
2. **Treball diari:** activitats de la vida diària, tasques domèstiques, mantenir l'ocupació, mantenir les relacions i entretenir-se.
3. **Treball biogràfic:** intercanvi d'informació, expressions emocionals i divisió de tasques mitjançant les interaccions amb la organització total.

4. **Treball de reducció de la incertesa:** activitats encaminades a disminuir l'impacte de la incertesa temporal, del cos i de la identitat.

L'equilibri entre els tipus de treball és dinàmic, fluctuant al llarg del temps així com les situacions, les percepcions i la variació dels participants en la organització total per a assolir un sentit d'equilibri (sentiment de control). Conforme el cos canvia al llarg del curs de la malaltia i el tractament, la capacitat de dur a terme determinats tipus de treball i, finalment, la pròpia identitat, es transformen(49).

Així doncs, podríem afirmar que l'experiència de malaltia exerceix un canvi en la identitat de la persona, de manera que, a pesar d'haver significat un tràngol, aquesta pot esdevenir una oportunitat de creixement personal molt important.

#### **4.2 Aplicació de la teoria**

La **teoria de la trajectòria de la malaltia** proporciona un marc organitzador útil per als professionals d'infermeria oncològica, ja que permet la comprensió de la tolerància a la incertesa dels pacients amb càncer i les seves famílies, manifestada com una pèrdua de control. De la mateixa manera, fa possible la identificació de les necessitats específiques dels supervivents de càncer i el posterior plantejament d'intervencions per a satisfer-les(49). Malgrat la seva aplicació en el tractament quimioteràpic, en aquest cas, es creu convenient traslladar-la a la població supervivent.

Per tal de disminuir la incertesa, *Wiener* i *Dodd* la realització d'algunes tasques que poden ser treballades estratègicament en el marc de la intervenció que es proposa en aquest projecte:

- Descansar o canviar les activitats habituals.
- Cerca de comparacions de reforç.
- Buscar objectius de futur.
- Trobar un lloc segur en què confiar.
- Trobar una xarxa de suport.
- Prendre les regnes.

En relació als diferents tipus de treball que proposa la teoria i a les tasques recomanades, en aquest projecte, la reducció de la incertesa es pretén aconseguir mitjançant l'*MBSR*, tenint en compte que el programa se centra en la vivència del present i en l'acceptació de la nova realitat.

A més, el *Mindfulness* exerciria un impacte positiu en el treball diari i produiria un canvi en les activitats habituals, pel fet que es pot aplicar a la vida quotidiana. Pel que fa al treball biogràfic, el programa permet l'intercanvi de vivències amb altres dones en la mateixa situació, en un clima de confiança, que actuaria com a xarxa de suport i com a comparació de reforç. I, en relació al treball relacionat amb la malaltia, mitjançant l'*MBSR*, s'aspiraria a reduir la simptomatologia d'ansietat i estrès, que seria l'objectiu principal que les participants voldrien assolir. Tanmateix, cada participant tindria el dret de prendre les regnes de la seva pròpia intervenció, ja que cadascú decideix el seu grau d'implicació.

Cal esmentar que no s'ha trobat bibliografia disponible sobre aquesta teoria i que la informació d'aquest apartat s'ha extret d'una única font bibliogràfica: llibre *Modelos y teorías en enfermería*(49).

### **4.3 Diagnòstics d'infermeria**

Des del punt de vista de la metodologia infermera, trobem els següents diagnòstics NANDA(50):

- Afrontament ineficaç (00069): Incapacitat per a formular una apreciació vàlida dels agents estressants, eleccions inadequades de respostes que es posaran en pràctica i/o incapacitat per a utilitzar els recursos disponibles.
- Ansietat (00146): Sensació vague i intranquil·litzadora de malestar o amenaça acompanyada d'una resposta autònoma (l'origen de la qual, amb freqüència, és inespecífic o desconegut per a la persona); sentiment d'aprensió causat per l'anticipació d'un perill. És una senyal d'alerta que adverteix d'un perill imminent i permet a la persona prendre mesures per afrontar l'amenaça.
- Baixa autoestima situacional (00120): Desenvolupament d'una percepció negativa de la pròpia vàlua en resposta a una situació actual.

- Conflicte de decisions (00083): Incertesa sobre el curs de l'acció a prendre quan l'elecció entre accions diverses implica risc, pèrdua o suposa un repte per als valors i creences personals.
- Dol anticipat (00136): Procés normal complex que inclou respostes i conductes emocionals, físiques, espirituals, socials i intel·lectuals mitjançant les que les persones, famílies i comunitats incorporen en la seva vida diària una pèrdua real, anticipada o percebuda.
- Temor (00148): Resposta a la percepció d'una amenaça que es reconeix conscientment com un perill.
- Trastorn de la imatge corporal (00118): Confusió en la imatge mental del jo físic.

**Quadre 4. Taula de diagnòstics, objectius i intervencions d'infermeria.** Elaboració pròpia.  
Font(50)

NANDA (Diagnòstics infirmers)	NOC (Resultats indicadors)	NIC (Intervencions)
<b>Afrontament ineficaç (00069)</b>	<b>Afrontament de problemes (1302):</b> (130203) Verbalitza sensació de control. (130205) Verbalitza acceptació de la situació. (130207) Modifica l'estil de vida per a reduir l'estrès. (130212) Utilitza estratègies de superació efectives. (130218) Refereix augment del benestar psicològic.	<b>Millorar l'afrontament (5230):</b> (523004) Fomentar les relacions amb persones que tinguin interessos i objectius comuns. (523006) Valorar l'adaptació del pacient als canvis d'imatge corporal. (253047) Ajudar a la pacient a identificar estratègies positives per afrontar limitacions i manejar els canvis d'estil de vida o de rol.
<b>Ansietat (00146)</b>	<b>Nivell d'ansietat (1211):</b> (121102) Impaciència. (121104) Distrés. (121105) Inquietud. (121008) Irritabilitat.	<b>Disminució de l'ansietat (5820):</b> (582012) Escoltar amb atenció. (582014) Crear un ambient que faciliti la confiança. (582017) Establir activitats recreatives encaminades a la reducció de tensions. (582023) Instruir a la pacient sobre l'ús de tècniques de relaxació.

<b>Baixa autoestima situacional (00120)</b>	<p><b>Autoestima (1205):</b></p> <p>(120501) Verbalitzacions d'autoacceptació.</p> <p>(120509) Manteniment de la cura/higiene personal.</p> <p>(120510) Equilibri entre participar i escoltar en grups.</p> <p>(120511) Nivell de confiança.</p>	<p><b>Potenciació de l'autoestima (5400):</b></p> <p>(540004) Animar a la pacient a identificar els seus punts forts.</p> <p>(540011) Mostrar confiança en la capacitat del pacient per a controlar la situació.</p> <p>(540018) Explorar les raons de l'autocrítica o culpa.</p> <p>(540022) Facilitar un ambient i activitats que augmentin l'autoestima.</p>
<b>Conflicte de decisions (00083)</b>	<p><b>Presa de decisions (0906):</b></p> <p>(90602) Identifica alternatives.</p> <p>(90603) Identifica les conseqüències possibles de cada alternativa.</p> <p>(90609) Escull entre diverses alternatives.</p>	<p>Aglutinat al diagnòstic "Afrontament ineficaç"(00069).</p>
<b>Dol anticipat (00136)</b>	<p><b>Resolució de l'aflicció (1304):</b></p> <p>(130401) Expressa sentiments sobre la pèrdua.</p> <p>(130404) Verbalitza l'acceptació de la pèrdua.</p> <p>(130421) Expressa expectatives positives sobre el futur.</p>	<p><b>Facilitar el dol (5290):</b></p> <p>(529001) Identificar la pèrdua.</p> <p>(529004) Fomentar l'expressió de sentiments en relació a la pèrdua.</p> <p>(529013) Ajudar al pacient a identificar estratègies personals d'afrontament.</p>
<b>Temor (00148)</b>	<p><b>Autocontrol de la por (1404):</b></p> <p>(140405) Planificar estratègies per a superar les situacions temibles.</p> <p>(140406) Utilitza estratègies de superació efectives.</p> <p>(140407) Utilitza tècniques de relaxació per a reduir la por.</p>	<p>Aglutinat al diagnòstic "Ansietat" (00146).</p>
<b>Trastorn de la imatge corporal (00118)</b>	<p><b>Imatge corporal (1200):</b></p> <p>(120005) Satisfacció amb l'aspecte corporal.</p> <p>(120007) Adaptació a canvis de l'aspecte físic.</p> <p>(120008) Adaptació a canvis en la funció corporal.</p> <p>(120016) Actitud en relació a tocar la part corporal afectada.</p> <p>(120017) Actitud sobre la utilització d'estratègies per a millorar l'aspecte.</p>	<p><b>Millora de la imatge corporal (5220):</b></p> <p>(522002) Utilitzar una orientació anticipatòria en la preparació de la pacient per als canvis d'imatge corporal previsibles.</p> <p>(522007) Ajudar a la pacient a separar l'aspecte físic dels sentiments de valua personal, segons correspongui.</p> <p>(522016) Observar si el pacient pot mirar la part corporal que ha sofert el canvi.</p>

## **5. OBJECTIUS**

### **Objectiu general**

- Avaluar l'eficàcia d'una intervenció basada en MBSR en pacients dones supervivents de càncer de mama en la fase estesa, en termes de reducció d'estrès i millora de l'ansietat, en l'àrea de Lleida.

### **Objectius específics**

- Minimitzar l'ansietat en les pacients supervivents de càncer de mama, mitjançant l'autoregulació emocional i l'autoconfiança proporcionades per l'estratègia MBSR.
- Millorar l'estrès en les pacients supervivents de càncer de mama, a través de l'autoregulació emocional i l'autoconfiança, proporcionades per l'estratègia MBSR.
- Identificar l'impacte de l'MBSR en comparació a l'atenció convencional, a través d'una mesura pre i post intervenció (final i un any).
- Reconèixer la relació entre variables sociodemogràfiques i l'impacte exercit per l'estratègia MBSR.
- Identificar la connexió entre variables clíniques i els resultats obtinguts després de l'aplicació de l'MBSR.
- Valorar el programa MBSR com inductor d'un canvi d'actitud cap a l'autoconsciència.
- Conèixer el grau de satisfacció de les participants després de la realització del programa.

## **6. METODOLOGIA**

### **6.1 Metodologia de realització del projecte**

El present treball s'ha fonamentat en la cerca de l'evidència d'un problema de salut real, com és l'estrès i l'ansietat en les pacients amb càncer de mama en l'etapa de supervivència, és a dir, un cop finalitzat el tractament.

Pel motiu esmentat, es procedeix al plantejament d'una intervenció d'infermeria, basada en un programa ja existent (*Mindfulness Based Stress Reduction, MBSR*), l'objectiu de la qual és disminuir o millorar la presència dels símptomes detectats.

El procés d'elaboració del TFG es detalla en el cronograma adjuntat a l'annex 1.

### **6.2 Metodologia de cerca**

#### **6.2.1 Cerca bibliogràfica**

Per al desenvolupament del treball s'ha dut a terme cerques bibliogràfiques en diverses bases de dades científiques de ciències de la salut i també en el metaCercador del Servei de Biblioteca i Documentació. La cerca ha estat ininterrompuda al llarg de l'elaboració del projecte i els articles s'han administrat mitjançant el gestor bibliogràfic Mendeley.

Cal destacar que gran part dels articles han estat localitzats a través dels articles recuperats en les diferents cerques.

Els criteris d'inclusió dels articles seleccionats han estat:

- Articles publicats entre els últims 5 - 10 anys.
- Idiomes: anglès i castellà.
- Text complet gratuït disponible o accessible mitjançant el Proxy de la Biblioteca de Ciències de la Salut.
- Articles ajustats a la temàtica central del treball (repercussions psicològiques del càncer de mama, intervencions MBSR i efectes sobre paràmetres com l'estrès i l'ansietat).



A continuació es detalla part de la cerca bibliogràfica realitzada:

**Quadre 5. Estratègies de cerca.** Elaboració pròpia.

Base de dades	Estratègia de cerca	Límits de cerca	Articles recuperats	Articles seleccionats
PubMed	<i>Breast neoplasms AND Body image</i>	Any de publicació 2006-2016 Text complet gratuït	70	(18,19)
	<i>Mindfulness AND Breast Neoplasms</i>	Any de publicació 2006-2016 Text complet gratuït	12	(38,45)
Scopus	<i>Breast cancer AND stress OR anxiety AND Mindfulness</i>	Any de publicació 2007-2017 Nursing	20	(40)
Web of Science	<i>Breast cancer AND Anxiety AND Mindfulness</i>	Últims 5 anys Text complet gratuït	16	(47)

### 6.2.2 Bibliografia complementària

Com a bibliografia complementària s'ha consultat:

- Llibre d'infermeria medicoquirúrgica de LeMone
- Pàgina web Associació Espanyola Contra el Càncer
- Pàgina web Center for Mindfulness in Medicine, Health Care, and Society
- Pàgina web Instituto esMindfulness
- Pàgina web Oncologia Integrativa
- Pàgina web Society for Integrative Oncology
- Pàgina web UCLA Mindful Awareness Research Center
- Registre del Conjunt Mínim Bàsic de Dades de Catalunya

### **6.2.3 Pregunta d'investigació**

Per tal de millorar l'especificitat i claretat conceptual dels problemes clínics a tractar, així com per a realitzar una cerca bibliogràfica de qualitat i precisió, que, consegüentment, ens condueixi a una millor presa de decisions basades en l'evidència, ens servim de la formulació de preguntes a partir de l'estratègia PICO.

Entenem per pràctica basada en l'evidència, com l'ús conscient, explícit i assenyat de les millors i actuals proves en la presa de decisions sobre la cura individual del pacient(51). En aquest cas, els ítems serien els que figuren a continuació:

- **P (Població):** pacients dones adultes de l'àrea de Lleida, supervivents de càncer de mama.
- **I (Intervenció):** aplicació d'una intervenció d'infermeria basada en MBSR.
- **C (Comparació):** intervenció d'infermeria basada en MBSR en comparació amb l'atenció convencional brindada actualment, bàsicament psicològica i en exclusivitat.
- **O (Objectiu/Resultats esperats):** millorar la simptomatologia d'ansietat i estrès.

Així doncs, la pregunta d'investigació seria la següent:

*“Pot una intervenció d'infermeria basada en MBSR millorar la simptomatologia d'ansietat i estrès de les pacients supervivents de càncer de mama?”*

## **7. INTERVENCIÓ**

### **7.1 Síntesi de l'evidència i justificació de la intervenció**

Com s'ha esmentat al llarg del marc teòric, el càncer de mama constitueix una malaltia prevalent en el nostre país. Afortunadament, els avanços científics i tecnològics garanteixen, cada cop més, la supervivència de les persones diagnosticades. En el context d'una medicina centrada en el diagnòstic i el tractament de patologies, sorgeix la necessitat de donar solució a un problema real: la presència d'estrès i ansietat en les dones supervivents de CM, secundari a l'impacte físic, psicològic i social(52).

Els símptomes físics més comuns són la fatiga, l'insomni, la neuropatia i el dolor. Però també poden succeir altres alteracions a nivell sexual com la menopausa induïda pel tractament, funció gonadal alterada i desfiguració quirúrgica. A nivell psicològic, poden experimentar depressió, ansietat i estrès posttraumàtic, requerint una major atenció per part d'un professional de salut mental que en individus sense antecedents de càncer. Val a dir que els requeriments d'atenció psicològica són més significatius en pacients menors de 65 anys, diagnosticats en etapes més juvenils, divorciats i amb malalties cròniques concomitants(53).

Atès que els fenòmens psicològics són molt freqüents en aquesta etapa de la malaltia oncològica, i que, malauradament, tenen tendència a cronificar-se, alterant la vida diària de les persones(5), es proposa la intervenció que s'explica a continuació.

Una intervenció basada en un programa de reducció de l'estrès (programa MBSR) ha demostrat la seva efectivitat en aquesta població, en termes de millora significativa de l'estrès percebut, l'ansietat, la por a la recurrència, la depressió, la fatiga i la QdV(42–46). No obstant això, l'entrenament formal en MBSR encara no és accessible per a totes aquelles persones que poden beneficiar-se'n, infermeria pot integrar el concepte i les tècniques d'atenció plena a la seva pràctica clínica, pels seus beneficis potencials i la relativa facilitat amb què es pot fer(34).

No obstant, aquest projecte es cenneix a l'abordatge de l'ansietat i l'estrès. D'aquesta manera, es proposa una intervenció similar a les plantejades en els diversos estudis, però a la província de Lleida.

## **7.2 Context de la intervenció**

La intervenció es durà a terme a la seu de l'Associació de Lluita Contra el Càncer (AECC) de Lleida. Associació no lucrativa, declarada d'utilitat pública, que es dedica a disminuir l'impacte provocat pel càncer des de fa 60 anys.

L'AECC disposa de més de 78 delegacions o juntes locals distribuïdes en tot el territori de la província de Lleida. Compta amb més de 550 voluntaris i col·laboradors i més de 2300 socis i les prestacions que ofereix són gratuïtes. A més, no és necessari ser soci per participar en les accions i activitats organitzades per l'associació.

S'estima que l'any 2016, a l'àrea de Lleida, 252 persones van rebre ajuda psicològica i 629 van participar en activitats com fisioteràpia, tallers, marxa nòrdica fisioteràpia aquàtica i ioga.

Pel que fa a la ubicació de la intervenció del present estudi, la seu de l'associació, disposa d'una sala àmplia amb llum natural i temperatura adequada i amb possibilitat de projectar material audiovisual, si precisa. Les persones que no es puguin desplaçar fins a l'associació, optaran a l'ús d'un servei de transport.

En el nostre territori, els pacients amb CM (majoria de dones) són atesos a la Unitat de Mama de l'HUAV, el centre de referència de la província de Lleida, la qual ha estat acreditada com a unitat d'excel·lència aquest mateix any. Aquesta va ser constituïda l'any 1998 amb la finalitat d'atendre a totes les dones i homes amb CM o patologia mamària detectada al Programa de diagnòstic precoç de càncer. Actualment, la unitat està formada per 18 professionals de diferents especialitats(54).

Els beneficis per a una dona amb càncer de mama per ser atesa a una unitat de mama acreditada són els següents(54):

1. Atenció psicològica immediata des del moment del diagnòstic i continuada durant el procés del tractament.
2. Agilització dels processos en rebre l'atenció en un espai únic.
3. Consens pel que fa a les decisions terapèutiques, ja que són preses en un comitè integrat pel conjunt de tots els especialistes.
4. Aplicació dels protocols de diagnòstic i tractament més actualitzats.

5. Oferta de cirurgia reconstructora immediata en els casos de pacients mastectomitzades.
6. Disposició de programes de preservació de la fertilitat en el cas de dones joves.
7. Oportunitat de participar en assaigs clínics on s'estudien nous medicaments i formes de tractament.
8. Atenció integral i integradora que compatibilitza els tractaments amb la vida familiar, social i laboral.
9. Millora contínua de la qualitat assistencial.
10. Major clima de confiança al saber que estan ateses per una unitat que és un model d'organització i gestió.

Val a dir, que l'atenció psicològica no està protocolaritzada a l'hospital. Quan les pacients finalitzen el tractament, usualment, se'ls informa sobre la possibilitat d'acudir a l'AECC on es realitzen activitats i es brinda atenció psicològica.

### **7.3 Disseny de l'estudi**

El present estudi es planteja dins la investigació quantitativa, concretament, com a estudi experimental o d'intervenció, en què l'investigador genera una situació amb l'objectiu d'explicar com afecta a aquells que hi participen, en comparació a aquells que no ho fan. El context de l'experiment és de camp, ja que s'efectua en una situació "realista"(55).

En els estudis experimentals es manipulen deliberadament una o més variables independents amb la intenció d'analitzar les conseqüències sobre una o més variables dependents(55).

**Figura 9. Esquema experiment i variables.** Elaboració pròpia.



Pel que fa a la manipulació de la variable independent, s'utilitzaran dos nivells (presència-absència), de manera que hi haurà un grup intervenció i un grup control. El grup intervenció participarà en el programa MBSR i el grup control no. S'aplicarà

una preprova a ambdós grups a l'inici, posteriorment un grup rebrà la intervenció, finalment, se'ls administrarà, de forma simultània, una postprova(55).

Les participants es distribuïran de forma aleatòria per tal d'assegurar l'equivalència entre grups, mitjançant el programa STATS®, seleccionant el subprograma "Nombres aleatoris". Amb aquesta disposició, es reuniran els requisits bàsics per aconseguir el control i la validesa interna (grups de comparació i equivalència de grups), que configuren els experiments purs(55).

## 7.4 Població

La població en què s'aplicarà la intervenció seran dones que es trobin en la fase de supervivència de la malaltia, és a dir, que hagin completat el tractament. Per la qual cosa, seran dones que es trobin en la fase de supervivència estesa(23), les quals s'han explicat en el marc teòric.

**Quadre 6. Criteris d'inclusió i exclusió.** Elaboració pròpia.

Criteris d'inclusió	Criteris d'exclusió
<ul style="list-style-type: none"><li>- Dones &gt; 18 anys.</li><li>- Diagnosticades de CM estadi 0 a III.</li><li>- Tractament completat des d'un període de 2 setmanes a 2 anys (qualsevol tractament).</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Estadi IV de CM</li><li>- Fase de supervivència aguda o permanent.</li><li>- Trastorn mental greu incapacitant</li><li>- Manca compromís/disponibilitat</li><li>- Comprensió inadequada d'una d'aquestes llengües: català/castellà.</li><li>- Dependència de substàncies actives (legals o no)</li><li>- Exdependents de substàncies (&lt; 1 any deshabitació)</li><li>- Pacients amb problemes de mobilitat incapacitant.</li><li>- Pacients amb malalties cròniques concomitants incapacitants.</li></ul>

### Mostra d'estudi

Es difícil fer un càlcul de la mostra ja que no disposem de dades oficials sobre el nombre de supervivents, per la qual cosa, es procedirà a fer una aproximació.

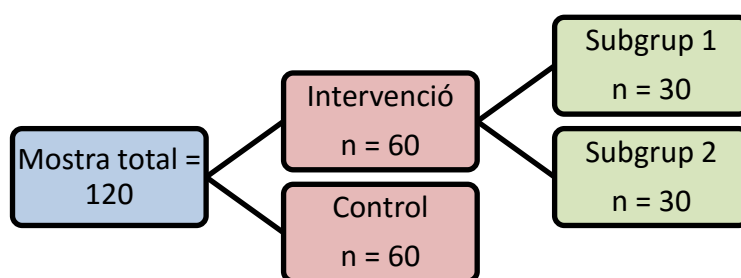
Mitjançant una calculadora *online*(56) i amb el supòsit que el tamany de la població sigui de 170 persones, amb un percentatge d'error del 5%, un interval de confiança

del 95% i amb una distribució de resposta del 50%, s'obté una estimació de la mostra de 119 persones, que aproximariem a 120.

Així doncs, distribuïrem les 120 dones en dos grups: grup intervenció i grup control, obtenint 60 persones en cada grup. Pel que fa al grup experimental, es crearan dos subgrups (ambdós rebran la mateixa intervenció), ja que, segons els estàndars de qualitat del programa MBSR, les sessions han d'incloure entre 15 i 40 persones(57). D'aquesta manera, obtindrem dos subgrups de 30 persones cadascun. Aquesta estructuració es podria aprofitar per organitzar un torn de matí i un de tarda.

Es treballarà amb estadístics paramètrics ja que la mostra que disposem és igual a 30 en els dos subgrups intervenció i a 60 en el grup control.

**Figura 10. Esquema mostra d'estudi.** Elaboració pròpia.



## 7.5 Variables d'estudi

- **Variable dependent:** experiència d'estrès i ansietat.
- **Variable independent:** intervenció MBSR.
- **Variables sociodemogràfiques** (annex 3):
  - Edat (variable quantitativa contínua)
  - Estat civil (variable qualitativa nominal)
  - Nivell educatiu (variable qualitativa nominal)
  - Origen ètnic (variable qualitativa nominal)
  - Religió (variable qualitativa nominal)
  - Ocupació (variable qualitativa nominal)

- **Variables clíniques** (annex 3):
  - Estadi CM (variable quantitativa contínua)
  - Tractament rebut (variable qualitativa nominal)
  - Temps finalització tractament (variable qualitativa ordinal)
  - Simptomatologia física (variable qualitativa nominal)
  - Antecedents crònics (variable qualitativa nominal)
  - Tractament actual (variable qualitativa nominal)

## **7.6 Instruments de valoració**

Com a instruments de valoració de l'ansietat i l'estrès s'utilitzaran l'Inventari d'Ansietat de Beck (BAI) i l'Escala de l'Estrès Percebut (PSS), respectivament. Per tal de valorar la disposició per al *Mindfulness*, s'escull el Test de *Mindfulness* (MAAS), per la seva traducció al castellà i per haver estat validat en pacients oncològics.

- **Inventari d'Ansietat de Beck (*Beck Anxiety Inventory*)**

Es tracta d'un qüestionari autoadministrat tipus Likert, validat al castellà, que inclou 21 ítems i que mesura l'ansietat amb un enfocament en els símptomes somàtics, provocats per la mateixa: nerviosisme, mareig, incapacitat per relaxar-se, etc. Els enquestats indiquen quant han estat afectats per cada símptoma durant l'última setmana. Les respostes es classifiquen en una escala Likert de punts que va de 0 (en absolut) a 3 (severament). El BAI s'utilitza en els intents d'obtenir una mesura més específica d'ansietat, relativament independent de la depressió. Requereix un període de temps d'entre 5 i 10 minuts per ser completat(58). Afegida a l'annex 4.

- **Escala de l'Estrès Percebut (*Perceived Stressed Scale*)**

Qüestionari autoadministrat tipus Likert, validat al castellà, que avalua el nivell d'estrès percebut en l'últim mes i consisteix en 14 ítems amb una escala de resposta de 5 punts. És a dir, el seu objectiu és mesurar el grau en què els individus valoren les situacions de la seva vida com a estressants. Els ítems



estimen el grau en que les persones consideren la vida imprevisible, incontrolable o com una sobrecàrrega, degut a que aquests tres aspectes han estat confirmats de forma repetida com a components centrals de l'experiència d'estrès(59). Afegida a l'annex 4.

- **Test de Mindfulness o Atenció Plena (*Mindful Attention Awareness Scale*)**

Qüestionari de 15 ítems tipus Likert, validat al castellà, dissenyat per valorar la consciència oberta o receptiva de l'atenció i l'atenció en el present. Inclou aspectes cognitius, emocionals, físics, interpersonal, entre altres(60). Una puntuació més alta reflectirà major atenció plena, la qual cosa, indicarà, en gran mesura, l'efectivitat de la intervenció, o si més no, l'adherència al programa. Si per contra, s'obté una puntuació baixa, significarà l'oposat. Afegida a l'annex 4.

- **Qüestionari de satisfacció participants programa MBSR:** qüestionari d'avaluació autoadministrat a la finalització del programa que es presenta amb 15 preguntes tancades amb escala de resposta qualitativa de 4 opcions. S'ha creat el qüestionari amb l'objectiu d'avaluar el programa en sí i aborda, a grans trets, temes com l'aprenentatge, el compliment de les assignacions, l'evolució personal al llarg del programa, la ubicació de les sessions, les condicions de l'aula i la satisfacció global. En el supòsit de la realització de la intervenció, aquest es cediria prèviament a experts per a la seva validació de contingut i posteriorment a pacients per validar-ne la comprensió. Afegida a l'annex 4.

## **7.7 Recollida i anàlisi de la informació**

La recollida de dades clíniques i sociodemogràfiques, així com la valoració inicial de l'ansietat, l'estrès i l'atenció plena del grup intervenció es realitzaran a la sessió d'orientació. També se'ls demanarà que escriguin tres objectius que pretenen assolir amb el programa.

Les mesures d'ansietat, estrès i atenció plena es realitzaran a la 8a setmana de l'inici de la intervenció, a la 12a setmana i a l'any. A la 8a sessió també es repartirà un qüestionari de satisfacció (annex 5).

D'altra banda, tant la recollida de dades com la valoració de l'estrès, l'ansietat i l'atenció plena, en el grup control es faran a CCEE per part d'infermeria, als mateixos períodes de temps que el grup intervenció.

L'anàlisi bioestadístic de la informació serà realitzat per part d'un professional que s'encarregarà de la gestió de dades. Finalment, la infermera responsable de la investigació redactarà l'informe a partir de l'anàlisi de dades.

### **7.8 Professionals que participaran en la intervenció**

**Quadre 7. Professionals de la intervenció.** Elaboració pròpia.

<b>Professional</b>	<b>Tasca</b>
Instructor acreditat MBSR	<ul style="list-style-type: none"><li>-Conducció sessions de viva veu.</li><li>-Control assistència i entrega full de pràctiques setmanal.</li></ul>
Infermera CCEE Unitat de Mama HUAU	<ul style="list-style-type: none"><li>-Trucades telefòniques per al reclutament de pacients i citació sessió orientació/visita a CCEE.</li><li>-Informar breument sobre l'estudi.</li><li>-Recollir dades clíniques i sociodemogràfiques.</li><li>- Valorar mitjançant escales a les pacients del grup control.</li></ul>
Psicòloga AECC Lleida	<ul style="list-style-type: none"><li>-Trucades telefòniques per al reclutament de pacients i citació sessió orientació/visita a CCEE.</li><li>- Informar breument sobre l'estudi.</li><li>- Contacte amb infermera CCEE per organitzar visites grup control.</li><li>- Gestió de la disponibilitat de la sala.</li></ul>
Responsable associació ADIMA	<ul style="list-style-type: none"><li>- Trucades telefòniques per al reclutament de pacients.</li><li>- Informar breument sobre l'estudi.</li><li>- Contacte amb psicòloga AECC.</li></ul>
Infermera desenvolupadora del projecte	<ul style="list-style-type: none"><li>- Organització global de l'estudi.</li><li>- Preparació del material.</li><li>- Conducció juntament amb l'instructor de la sessió d'orientació.</li><li>- Recollida dades clíniques i sociodemogràfiques.</li><li>- Valoració mitjançant escales de les pacients grup</li></ul>

	<p>intervenció.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Contacte amb instructor per valorar assistència i desenvolupament del programa (incidències,...).</li><li>- Cedir enquesta de satisfacció.</li><li>- Recollida de dades.</li><li>- Gestió de recursos.</li><li>- Redacció informe a partir de l'anàlisi de dades.</li></ul>
Personal gestor de dades	<ul style="list-style-type: none"><li>- Gestió de les dades.</li><li>- Anàlisi bioestadístic.</li></ul>

Donat l'abordatge multidisciplinar requerit pel pacient oncològic, el qual ha de ser valorat en la seva globalitat (impacte a nivell físic, psicològic, econòmic i social) (61), es fa patent la necessitat d'intervenció per part d'infermeria.

Per poder brindar aquest tipus d'atenció és essencial disposar d'unes habilitats comunicatives eficaces, que impliquen: saber què dir, com dir-ho i què fer en qualsevol situació. Així doncs, infermeria és considerada com l'element clau en la comunicació interpersonal pacient-personal sanitari, és a dir, en la relació terapèutica, degut a la seva proximitat amb el pacient i al fet de passar molt temps junts. Les seves eines principals són l'escolta activa i la resolució de dubtes, que actuen com a suport psicològic(61).

## **8. PLA D'INTERVENCIÓ**

La finalitat del projecte que es plantejarà a continuació, és que a l'aplicar una intervenció basada en MBSR, les pacients supervivents de CM podran experimentar una millora de l'estrès i l'ansietat, en comparació a les que no rebran la intervenció. A continuació es passen a detallar els apartats vinculats amb el desenvolupament de la intervenció.

### **8.1 Fases de la intervenció**

#### **1. Fase pre-intervenció**

- Demanar permisos; comitè d'ètica
- Preparació del material
- Captació de pacients, aleatorització i citació per a la sessió d'orientació (només grup intervenció)
- Sessió d'orientació tres setmanes abans de l'inici del programa.  
**Primera valoració** d'estrès, ansietat, atenció plena i recollida de dades sociodemogràfiques (en el grup intervenció es realitzarà en la sessió d'orientació, en el grup control es realitzarà per via telefònica des de consultes externes per part d'infermeria), recollida llista d'objectius; consentiment informat.

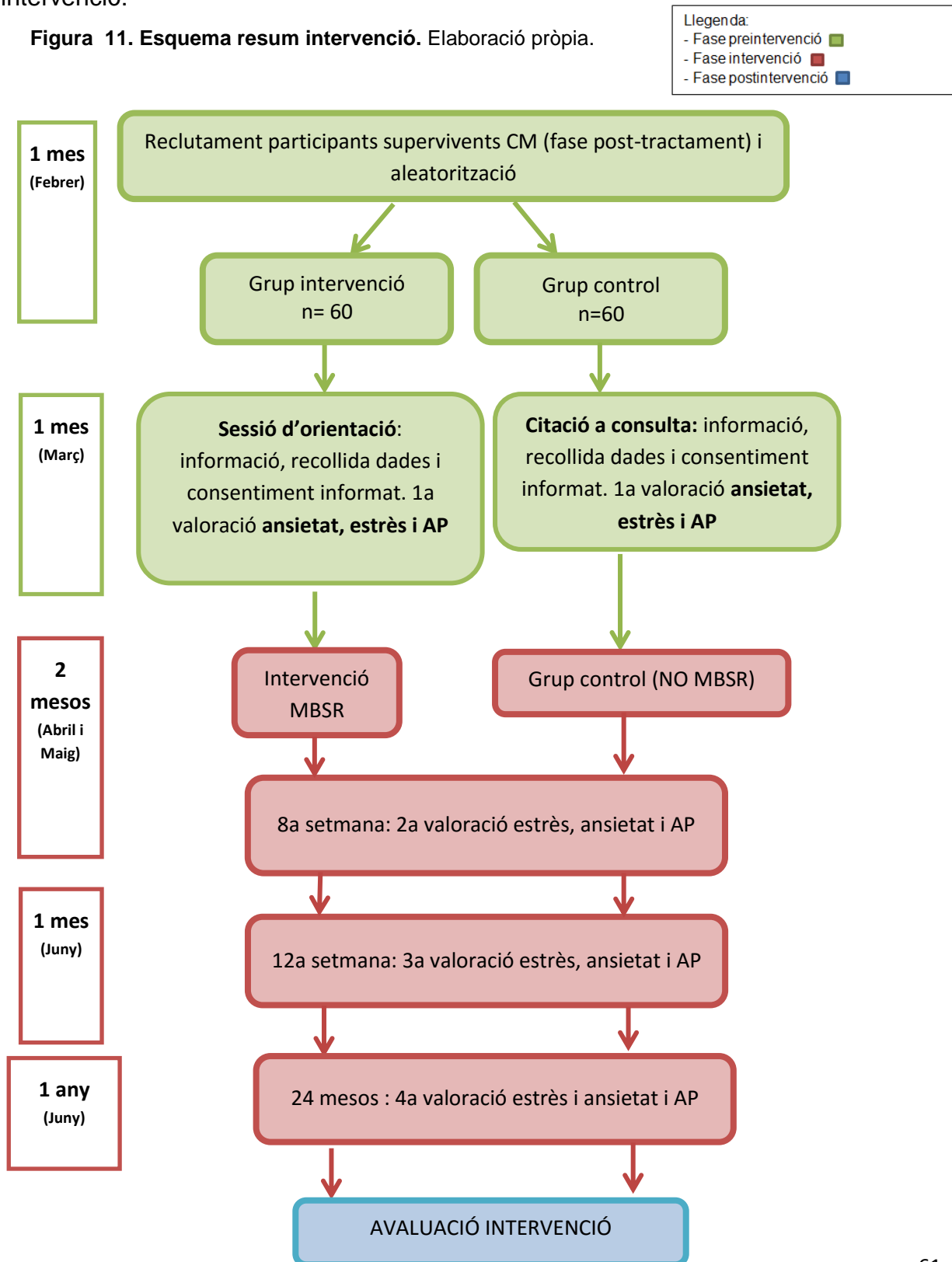
#### **2. Fase d'intervenció**

- Inici de la intervenció d'infermeria basada en MBSR en el grup experimental. El grup control rebrà l'atenció habitual.
- **Segona valoració** d'estrès, ansietat i atenció plena (8a sessió). Enquesta de satisfacció. Als pacients no MBSR se'ls citarà a CCEE, també en la tercera valoració, per valorar estrès, ansietat i atenció plena.
- **Tercera valoració** d'estrès, ansietat i atenció plena (ambdós grups) (12a setmana).
- **Quarta valoració** (igual a la tercera, a l'any).

### 3. Fase d'avaluació de la intervenció

- Anàlisi de dades.
- Redacció Informe.

A continuació es mostra l'esquema gràfic en el temps del cronograma de la intervenció:



### **8.1.1 Fase preintervenció**

➤ Cedir el projecte al Comitè d'ètica

El Comitè d'ètica n'avaluarà la viabilitat.

➤ Demandar permís a l'AECC i a l'HUAV

Degut a que la intervenció es durà a terme a la seu d'AECC, caldrà demandar permís, informant al personal sobre el contingut d'aquesta.

➤ Reclutament de pacients les pacients seran captades des de consultes externes (CCEE) de la Unitat de Mama de l'HUAV, AECC Lleida i ADIMA Lleida (via telefònica). Seran seleccionades totes aquelles que compleixin els criteris d'inclusió. La tasca de preselecció serà realitzada per part del personal dels serveis esmentats.

➤ Aleatorització les pacients finalment seleccionades seran distribuïdes en dos grups (grup control i grup intervenció). El grup control rebrà l'atenció convencional i el grup intervenció realitzarà el programa MBSR. Val a dir que un cop finalitzada la intervenció, si aquesta resulta efectiva, es brindarà l'oportunitat al grup control de realitzar-la.

➤ Preparació del material

Es procedirà a elaborar els següents documents:

- Consentiment informat
- Tríptic informatiu

S'adquiriran una sèrie d'articles per a la realització de les sessions:

- Estoretes
- Coixins
- CD Mindfulness
- CD + llibre per a cada participant
- Aparells de CD per qui no tingui suport d'àudio a casa

➤ Citació a la sessió d'orientació

Les participants seran citades a una sessió d'orientació, encapçalada per la infermera responsable de la investigació i l'instructor MBSR, que tindrà una durada de 2,5 hores, seguida d'una entrevista individual (5-10 minuts). Aquesta sessió té l'objectiu d'informar detalladament sobre l'estudi i resoldre qualsevol dubte. A més, es facilitarà el consentiment informat i un tríptic informatiu sobre el programa, també es recolliran les dades demogràfiques i clíniques. A totes aquelles candidates que acceptin la participació en el programa, se'ls demanarà que anotin 3 objectius que pretenen assolir amb l'execució de la intervenció.

➤ Primera valoració

Es realitzarà la valoració de l'ansietat, estrès i atenció plena, mitjançant les escales que s'explicaran més endavant.

### **8.1.2 Fase d'intervenció**

En primer lloc, cal detallar que la intervenció plantejada està basada en els *Standars of Practice* del programa pioner basat en MBSR de l'Escola de Medicina de la Universitat de *Massachusetts*(57) i amb les aportacions de la bibliografia destacada en els apartats posteriors.

➤ Inici intervenció d'infermeria basada en MBSR (només el grup intervenció):

- Es duran a terme 8 sessions durant 8 setmanes (una sessió per setmana) d'una durada de 2,5-3,5 hores respectivament.
- A la primera sessió es farà entrega del Llibre + CD "*Mindfulness para principiantes*" de *Jon Kabat-Zinn* (versió català o castellà, en funció de les preferències de les participants) per poder realitzar les assignacions a casa (mínim 45 minuts de pràctica formal i entre 5-15 minuts d'informal, 6 dies a la setmana).
- En la sisena setmana de la intervenció es realitzarà un retir de silenci (explicat més endavant) d'una durada de 7,5 hores.
- Les sessions inclouran la presentació d'un tema, la instrucció i posada en pràctica de mètodes de meditació formal i informal (serà precís dur

roba còmoda) i debats sobre la percepció d'estrès i afrontament(34)(més endavant s'adjunta un quadre on hi figuren les sessions de forma més detallada):

- **Mètodes de meditació formal:**

- *Body Scan Meditation* o exploració corporal: meditació en posició supina.
- *Hatha loga* o ioga suau: practicat amb atenció conscient del cos.
- *Sitting meditation* o meditació en sedestació: atenció conscient de la respiració, cos, sensacions, pensaments, emocions i estat de consciència complet i no premeditat del moment present.
- *Walking meditation*: meditació caminant.

- **Mètodes de meditació informal** (poden ser adoptats a la vida quotidiana):

- Consciència dels esdeveniments agradables i desagradables.
- Consciència de la respiració.
- Consciència intencionada en les activitats de la vida diària i esdeveniments com: menjar, conduir, caminar, comunicació interpersonal...

- **Diàlegs i consultes individuals i grupals** sobre les assignacions setmanals, incloent una exploració dels obstacles en el *Mindfulness* i el desenvolupament i la integració de les habilitats i capacitats d'autoregulació.

- Segona valoració de l'estrès, ansietat i atenció plena (8a sessió) (grup control i grup intervenció).
- Qüestionari de satisfacció (8a sessió) (grup intervenció).
- Tercera valoració de l'estrès, ansietat i atenció plena (12a setmana) (grup control i intervenció).
- Quarta valoració de l'estrès, ansietat i atenció plena (1 any) (grup control i intervenció).



**Quadre 8. Proposta Sessions programa MBSR.** Elaboració pròpia.

SESSIONS	ACTIVITATS	OBJECTIUS
<b>Sessió 1</b>	-Assignació de llibre + CD a cada participant per la pràctica a la vida diària. Explicació de la tasca a fer a casa. -Presentació: “Què és <i>Mindfulness</i> ?” -Com integrar la consciència plena en la vida quotidiana. Introducció a les pràctiques: menjar amb consciència plena, atenció a la respiració i <i>body scan</i> .	Introduir les participants en el món del <i>Mindfulness</i> , assegurar que entenen el concepte <i>Mindful</i> .
<b>Sessió 2</b>	-Presentació: “ <i>Com creen les percepcions la nostra realitat?</i> ” -Profunditzar en el <i>body scan</i> i en la integració en la vida quotidiana. Practicar atenció a la respiració més detalladament. Introducció al <i>Hatha ioga</i> (ioga conscient).	Entendre com percebem la realitat i com reaccionem a aquestes percepcions. Detectar els errors i dificultats del principiant.
<b>Sessió 3</b>	- Presentació: “ <i>El poder de les emocions. Com podem regular-les?</i> ” - Profunditzar en les pràctiques: <i>Hatha ioga</i> , meditació en moviment i caminant.	Adonar-se de les experiències desagradables.
<b>Sessió 4</b>	-Presentació: “ <i>La reacció a l'estrès i la tensió emocional. Com ens afecta l'estrès?</i> ”	Analitzar les experiències agradables i desagradables. Adonar-se dels patrons de reacció.
<b>Sessió 5</b>	-Presentació: “ <i>Estratègies de resposta a l'estrès. La resiliència</i> ” - Introducció a la meditació sense focus d'atenció.	Incrementar la capacitat d'estar plenament present. Adonar-se de les sensacions de les últimes setmanes.
<b>Sessió 6</b>	-Presentació: “ <i>Com comunicar amb Consciència plena?</i> ” - Meditació formal i informal.	Conèixer i reconèixer les diferents formes de comunicació. Analitzar i adonar-se dels errors de comunicació.
<b>Retir de silenci</b>	-7'5 hores de pràctica intensiva en contacte amb la natura a la <b>Finca Om</b> <sup>7</sup> situada a la carretera d'Ivars-Vilasana al Km 1.	Reforçar el treball realitzat durant les sessions prèvies i a casa. Proporcionar un entorn estimulant per a la pràctica profunda.
<b>Sessió 7</b>	-Presentació: “ <i>Cuidar-se amb consciència plena. L'alimentació conscient</i> ” -Pràctica amb més silenci i més temps.	Entendre millor, qui són realment. Detectar els canvis percebuts des de l'últim dia de retir.
<b>Sessió 8</b>	-Presentació: “ <i>Integrant Mindfulness a la vida quotidiana</i> ” -Meditació en sedestació i caminant i <i>Body Scan</i> . Acomiadament conscient.	Revisar el programa en la seva totalitat, les estratègies a profunditzar i que cal mantenir a llarg termini.

<sup>7</sup> **Finca Om**: situada en un indret privilegiat del Pla d'Urgell, disposa d'un entorn únic on poder gaudir d'activitats a la natura enfocades al benestar, l'harmonia i la salut, amb unes fantàstiques vistes al Montsec i a la plana de Lleida. També consta de diversos compartiments, com sales grans per a la realització d'activitats, zones per a menjar, tipis, banys i dutxes i cabana de sudoració. Cal destacar que es tracta d'una zona adaptada per a persones amb mobilitat reduïda (es fa teràpia amb cavalls).

## 8.2 Viabilitat de la intervenció

### 8.2.1 Recursos necessaris

Cal tenir en compte que els preus proposats a continuació són totalment orientatius i que de dur-se a terme la intervenció, podrien variar.

- Professional instructor acreditat en MBSR, els mèrits del qual serien de 50€/l'hora, més despeses de transport (150€).
- Inversió de temps per part d'infermeria (de CCEE i del grup intervenció).
- Redacció i impressió de consentiment informat, tríptic informatiu i material didàctic (proporcionat per l'instructor), així com de les escales de valoració i qüestionari de satisfacció per a la recollida de dades per l'estudi (100€).
- Despeses personal encarregat de la gestió de dades i del posterior anàlisi bioestadística (250€).
- Dia de retir de silenci (transport + dinar+ ús de les instal·lacions) (1500€).
- Despeses servei de transport d'aquelles persones que no poden desplaçar-se a la seu d'AECC (400€).
- Material per a la realització de les sessions i assignacions a casa: coixins (24,99€/unitat), estoretes (7,99€/unitat), llibre + CD "*Mindfulness para principiantes*" de Jon Kabat-Zinn (versió català o castellà, en funció de les preferències de les participants) (15€/unitat), 1 CD instrumental MBSR de Chilling Island (11,49€/unitat). Aparells de CD per a aquelles persones que no disposin de suport d'àudio a casa.

Nota: Els coixins i les estoretes romandran a l'aula durant tot el programa, és a dir, serà material que compartiran els dos grups de dones.

- Activitats posteriors de difusió de resultats (pòsters, assistència a congressos, articles científics...) (2000€).

## **9. CONSIDERACIONS ÈTIQUES**

Com a treball d'investigació es tindran en compte els aspectes ètics. Per aquest motiu, es creu oportú revisar l'apartat d'Investigació i Experimentació del document Carta de Drets i Deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària(62), on s'estableixen els següents drets:

- **Drets essencials vinculats a la recerca.** La persona que participa en un projecte de recerca té dret que siguin protegides la seva vida, la seva salut, la seva dignitat, la seva integritat, la seva lliure determinació, la seva privacitat i la confidencialitat de la seva informació personal. En qualsevol cas, els drets bàsics i universals de la persona, així com les seves decisions s'avantposen als suposats beneficis de la ciència.
- **Dret a la no-exclusió a participar en recerca.** La persona té dret a no ser exclosa a participar en projectes de recerca per cap circumstància ni raó aliena a les característiques pròpies del projecte, a excepció dels criteris d'exclusió propis del projecte. No hi ha d'haver cap condició física, mental o social que pugui privar les persones del potencial benefici de la recerca.
- **Dret a rebre informació quan es participa en un projecte de recerca.** La persona té dret a conèixer si els procediments de diagnòstic, terapèutic i pronòstic que se li apliquen poden ser utilitzats per a un projecte docent o d'investigació. La persona que en el marc de l'atenció sanitària se li proposa participar en un projecte de recerca té dret a rebre informació veraç, precisa, exhaustiva, comprensible i adaptada a la seva capacitat d'enteniment, amb l'antelació suficient per valorar els avantatges i inconvenients que això li pot suposar, garantint la comprensió de la informació rebuda. La persona té dret a sol·licitar una segona opinió per part d'un professional no implicat en el projecte.
- **Dret a consentir a participar en recerca.** La persona té dret a signar de manera lliure el consentiment informat per participar en un programa, línia o projecte de recerca després de rebre tota la informació disponible sobre la idoneïtat de l'estudi i el risc-benefici esperable en cada cas. Així mateix, la persona té dret a revocar la seva participació en el projecte en qualsevol

moment, sense que aquest fet li suposi cap pèrdua en la qualitat de la seva atenció.

- **Dret a conèixer el retorn de les investigacions.** La persona té dret a conèixer els resultats i el retorn social de les investigacions en què ha participat. S'entén per retorn de les investigacions la informació sobre la contribució dels resultats del projecte d'investigació en l'avenç científic i mèdic, així com l'impacte econòmic i social que es preveu i la contribució a la sostenibilitat dels sistemes de salut.

D'altra banda, inclou el següent deure:

- **Deure de complir amb les responsabilitats acceptades d'un projecte de recerca.** La persona, un cop signat el consentiment informat, té el deure de complir honestament amb les responsabilitats que la participació suposa i que estan descrites en el consentiment, informar sobre qualsevol problema, efecte, símptoma o signe que pugui aparèixer durant l'estudi i comunicar formalment a l'investigador principal si es vol abandonar l'estudi.

El principalisme defensa que existeixen alguns principis generals descoberts en l'àmbit de l'ètica biomèdica, que han de ser respectats en el context del plantejament de conflictes ètics en la investigació o en la pràctica clínica.

## **9.1 Principis ètics**

En el llibre de Tom L. Beauchamp i James F. Childress, es defensen els següents principis ètics (63,64):

- **Autonomia**

El principi d'autonomia estableix que una acció autònoma és actuar intencionadament, amb coneixement, sense influències externes.

- **No maleficència**

El principi de no maleficència fa referència a l'obligació de no infringir dany de forma intencionada, de la màxima clàssica *primum non nocere* (primerament, no danyar).

- **Beneficència**

El principi de beneficència consisteix en no causar dany als altres, prevenint el dany, eliminant el dany o fent el bé als altres.

- **Justícia**

El principi de justícia ordena que les persones que tenen drets iguals han de ser tractades amb igualtat, és a dir, de forma equitativa.

En el context de la intervenció plantejada, es respectaran els quatre principis ètics. En primer lloc, s'oferirà la participació a la intervenció a totes les dones amb càncer de mama que compleixin els criteris d'inclusió i exclusió, de manera que no seran seleccionades per altres criteris que no siguin els esmentats (principi de justícia).

S'explicarà detalladament el contingut i objectius de la intervenció per tal de permetre que les pacients prenguin la decisió de participar o no (principi d'autonomia) i es deixarà patent mitjançant la signatura del consentiment informat. L'objectiu principal de la intervenció és millorar l'estrès i l'ansietat de les pacients, és a dir, fer el bé (principi de beneficència).

De la mateixa forma, ni durant la intervenció, ni un cop finalitzada es provocarà cap tipus de dany a les pacients (principi de maleficència). Com s'ha explicat anteriorment, la mostra es distribuirà en dos grups (grup control i grup intervenció) per poder comparar els resultats d'ambdòs. Cal fer pal·lès que un cop finalitzada la intervenció, s'oferirà al grup control, la possibilitat de poder realitzar-la.

## **9.2 Comitè d'ètica**

Per tal d'assegurar que la dignitat, els drets fonamentals, la seguretat i el benestar de les participants de la investigació són degudament respectats i protegits(65), és imprescindible que un Comitè d'ètica avaluï el projecte. Per fer-ho, cal seguir un codi ètic.

En el nostre àmbit, el Codi Ètic de l'HUAV és el document que regeix les pautes de conducta a seguir per al desenvolupament de l'activitat pròpia de tots/es els/les professionals que hi exerceixen la seva feina, tant en la relació amb la ciutadania com entre els propis professionals. Aquest està redactat en coherència amb la

missió i visió de l'Hospital i d'acord amb el Marc Estratègic i Pla d'Actuació de la Gerència Territorial de l'Institut Català de la Salut (ICS) a Lleida, seguint també les pautes del Codi Ètic de l'ICS(66).

De manera que, l'HUAV vetlla per i garantitza, mitjançant l'aplicació del Codi Ètic(66):

- La no discriminació dels pacients per raons ètniques, culturals, de gènere, condicions socioeconòmiques o creences.
- El dret del pacient a participar en la presa de decisions i a disfrutar d'intimitat i confidencialitat.
- Que l'actuació dels professionals en l'àmbit assistencial es dugui a terme amb criteris de respecte cap a la persona i de forma integral en els diferents estadis de la malaltia.
- Que l'actuació de l'Hospital s'adeqüi als valors ètics respecte a la publicitat, comercialització, pràctiques competitives, procediments economicofinancers i sostenibilitat mediambiental.
- Que els professionals, com a eixos del sistema, siguin el principal actiu de la nostra organització. L'Hospital actuarà proactivament per a promoure i vetllar pel compliment dels valors en les relacions interpersonals de tots els que hi treballen.

Així doncs, aquest projecte d'intervenció es lliurarà al Comitè d'Ètica d'Investigació Clínica (CEIC) de l'Àrea de Lleida de l'HUAV per a la seva aprovació.

## **10.AVALUACIÓ DE LA INTERVENCIÓ**

Per tal de procedir a l'avaluació de la intervenció, recollirem totes les dades en un full d'Excel, organitzades en taules de freqüències, amb la finalitat de volcar-les al programa d'anàlisi estadístic: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS).

Pel que fa a l'anàlisi univariant, es calcularà la moda, la mitjana i la mediana de les variables quantitatives i, en les variables qualitatives, s'elaboraran diagrames de sectors, de barres o de línies.

Amb relació a l'anàlisi bivariant, es relacionarà la variable independent amb la dependent i amb les variables sociodemogràfiques i clíniques.

Es treballarà amb estadística paramètrica ja que la mostra d'estudi és igual a 30. L'anàlisi de les variables es realitzarà de la següent manera:

- Quan les dos variables siguin qualitatives: anàlisi Xi-quadrat.
- Quan una variable sigui quantitativa i l'altra qualitativa (de més de dues categories): prova ANOVA.

Seguidament, es procedirà a realitzar la inferència amb un interval de confiança del 95%, per a obtenir unes dades significatives, amb un marge d'error del 5%.

## **11.DISCUSSIÓ**

La intervenció d'infermeria proposada per a l'abordatge de l'estrès i l'ansietat en pacients supervivents de càncer de mama, es basa en el programa MBSR creat pel professor emèrit americà *John Kabat-Zinn*, l'any 1979. Aquest ha estat aplicat en diferents mostres d'estudi, però sobretot, en pacients oncològics o supervivents de càncer i s'han obtingut, generalment, resultats positius amb relació a la fatiga, trastorns del son, ansietat, estrès, etc.

Si bé l'MBSR és un programa que requereix dedicació i constància pel fet que gran part de la pràctica que requereix la realitza la pròpia pacient a casa, aplicant l'atenció o consciència plena en la seva vida quotidiana, constitueix una bona teràpia que implica la integració de la mateixa en el moment en què es realitza el programa i per tota la vida.

Cal destacar que l'MBSR té un gran ventall d'aplicacions clíniques, també dins l'àmbit de l'oncologia, ja que s'han dut a terme nombrosos estudis en pacients en ple procés oncològic, recent diagnosticats, amb metàstasi o supervivents. El motiu pel qual s'ha decidit aplicar-lo a aquest últim subgrup és perquè es detecta una població potencialment desatesa un cop aconseguida la remissió de la malaltia, en el context d'una medicina centrada en el diagnòstic i el tractament. No obstant això, l'AECC desenvolupa una tasca excel·lent i alhora molt necessària.

Com a perspectives de futur i després de la cerca bibliogràfica exhaustiva realitzada, es podria plantejar la traducció, adaptació i validació de l'escala de por a la recurrència (*Fear of recurrence Scale*), per utilitzar-la com a eina de valoració, ja que el temor a la recidiva és comú entre la població de supervivents de càncer i hi ha estudis en què s'ha demostrat l'impacte del programa MBSR en aquest paràmetre.

Tanmateix, es podria utilitzar el mateix model per a altres tipus de càncer i valorar-ne els resultats, així com l'elaboració d'una intervenció global que integrés no només l'abordatge psicològic sinó també l'alimentació i l'aplicació d'altres teràpies complementàries, sempre basades en l'evidència científica, donant lloc a una intervenció basada en oncologia integrativa.



Amb relació a la instrucció de les sessions, en aquest cas realitzada per un instructor acreditat en MBSR, val a dir que infermeria també pot estar capacitada, havent rebut formació, de manera que pot integrar l'atenció plena en la seva pràctica clínica(34). Així doncs, en un futur es podria dissenyar una intervenció en què fos la infermera, l'encarregada de dirigir les sessions del programa MBSR. La instrucció acadèmica orientada cap a aquesta visió podria incloure's en el Grau i també es podria impulsar la formació reglada mitjançant estudis de postgrau.

Pel que fa a les limitacions en l'execució del treball, el càlcul de la mostra ha estat aproximat ja que no hi havia dades disponibles. La durada de les sessions, així com els horaris impliquen molta dedicació per part de les participants, el que podria suposar certa incompatibilitat amb la vida laboral. En aquest cas, s'ha plantejat de forma teòrica ja que s'han de tenir en compte possibles biaixos en la seva execució real.

Des del meu punt de vista, el desenvolupament del present projecte ofereix una visió innovadora en el context d'infermeria i en termes d'abordatge de símptomes psicològics, en l'àmbit de Catalunya i Espanya. Per aquest motiu, com a perspectiva, es podria ampliar l'estudi a nivell autonòmic o, fins i tot, nacional. D'aquesta manera, hi hauria la possibilitat de treballar amb mostres més grans i, per tant, superar la "no generalització" dels resultats.

Per una banda, en els propers estudis caldria incloure un enfoc més qualitatiu que brindaria una visió més integral del fenomen. Per altra, seria necessari indagar en l'experiència més vivencial de la fase de supervivència de la dona que ha superat un càncer de mama, per tal de conèixer més detalladament les seves necessitats i percepcions.

## **12. CONCLUSIONS**

Des d'un primer moment vaig tenir clar que volia realitzar el treball de final de grau en l'àmbit de l'oncologia i, a poder ser, sobre l'aplicació d'alguna teràpia complementària. Havia sentit a parlar de *Mindfulness*, fins i tot havia assistit a una sessió informativa al Centre de Teràpies Naturals de Lleida sobre un programa d'entrenament basat en aquesta filosofia.

L'endinsar-me en aquest projecte m'ha permès integrar gran part dels coneixements adquirits durant el grau, però, sobretot, adonar-me de la importància de la recerca científica, per tal de basar la nostra pràctica clínica en l'evidència més recent. Considero que mai s'ha de perdre de vista la competència d'infermeria amb relació a la investigació i que cal emprar el pensament crític ja que contribueix innegablement en l'autonomia i en la presa de decisions.

Des del meu punt de vista, el major aspecte positiu d'aquest projecte és la població a qui va dirigit. Això és així perquè crec que amb el sistema actual manca una certa continuïtat assistencial un cop finalitzat el tractament oncològic. El meu concepte d'atenció sanitària de qualitat inclou un abordatge integral del pacient, com a individu biopsicosocial, de forma estandarditzada. Amb la intervenció proposada pretenc realitzar un enfocament des d'aquest model holístic.

Un dels temes que em creaven certa preocupació a mesura que anava elaborant el treball ha estat el fet que estigués més centrat en la psicologia que en la pròpia tasca infermera. És cert que infermeria intervé força en problemes reals com l'ansietat o l'estrès però, inicialment, només em venien a la ment les intervencions més usuals com l'escolta activa o el reforç positiu. No obstant això, en cercar els diagnòstics NANDA amb les seves respectives intervencions, es recull la teràpia de relaxació que implica l'ús de tècniques per a afavorir i induir la relaxació amb l'objectiu de disminuir els signes i símptomes indesitjables com dolor, tensió muscular o ansietat. Aquestes tècniques inclouen la meditació i la potenciació de l'autoconsciència, entre altres.

Així doncs, la intervenció tipus que he elaborat pot ser perfectament conduïda per part d'infermeria. A més, s'ha decidit recolzar-la amb la teoria de la trajectòria de la malaltia. I és per aquest motiu, que crec fermament en la necessitat de trencar

barreres i obrir nous camins, tant en els tipus de teràpies (sempre basades en l'evidència científica), com en l'evolució i desenvolupament professional de les infermeres, amb l'objectiu constant d'una progressió i millora contínues, cap a la cerca de la qualitat assistencial.

### **13. BIBLIOGRAFIA**

1. Font A, Cardoso A. Afrontamiento en cáncer de mama: pensamientos, conductas y reacciones emocionales. *Psicooncología*. 2009;6(1):27–42.
2. Martínez A, Martínez-basurto AE, Lozano-arrazola A, Rodríguez- AL. Impacto psicológico del cáncer de mama y la mastectomía. *Gac Mex Oncol*. 2014;13(1):53–8.
3. LeMone P, Burke K. Enfermería medicoquirúrgica. Pensamiento crítico en la asistencia del paciente. 4ª. Martín-Romo M, Martínez M, editors. Madrid: Pearson. Prentice Hall.; 2009.
4. Cáncer de mama. Asociación Española Contra el Cáncer. Madrid; 2014.
5. Vivar CG. Impacto psicosocial del cáncer de mama en la etapa de larga supervivencia: propuesta de un plan de cuidados integral para supervivientes. *Atención Primaria*. 2012;44(5):288–92.
6. Asociación Española Contra el Cáncer. Cáncer de mama. [Internet]. 2015. Available from: <https://www.aecc.es/TeAyudamos/informaryconcienciar/Campa%C3%B1as/Paginas/D%C3%ADDaContraelC%C3%A1ncerdeMama.aspx>
7. Bouche G. Cáncer de mama. ¿Qué es el cáncer de mama? Le explicamos aquí. 2013.
8. Asociación Española Contra el Cáncer [Internet]. Incidencia. 2016 [cited 2016 Dec 8]. Available from: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CancerPorLocalizacion/CancerMama/Paginas/incidencia.aspx>
9. Las Cifras del Cáncer en España 2017. 2017.
10. Sociedad Española de Oncología Médica. Las Cifras del Cáncer en España 2016. Sociedad Española de Oncología Médica. 2016.
11. La salut de la població de Catalunya en el context europeu. Actualització 2016 [Internet]. 2016. Available from: [http://www.researchgate.net/profile/Julieta\\_Corral/publication/279059768\\_Res ultats\\_en\\_la\\_cirurgia\\_oncolgica\\_digestiva/links/5589628008ae9076016f85f7.pdf](http://www.researchgate.net/profile/Julieta_Corral/publication/279059768_Res ultats_en_la_cirurgia_oncolgica_digestiva/links/5589628008ae9076016f85f7.pdf)
12. Defunciones según la causa de muerte. Año 2013. [Internet]. INe. 2015. Available from: <http://www.ine.es/prensa/np896.pdf>
13. Activitat assistencial de la xarxa sanitària de Catalunya. Registre del conjunt mínim bàsic de dades (CMBD). Barcelona; 2014.
14. Alonso Fernández C, Bastos Flores A. Intervención psicológica en pacientes con cáncer. *Clínica Contemp*. 2011;2(2):187–207.
15. Mera PC, Ortiz M. La relación del optimismo y las estrategias de afrontamiento

- con la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. *Ter Psicol.* 2012;30(3):69–78.
16. de Cáceres Zurita M, Ruiz Mata F, Germà Lluch J, Busques C. Manual para el paciente oncológico y su familia [Internet]. 2007. 201 p. Available from: <http://fecma.vinagrero.es/documentos/pacientes.pdf>
  17. Malca Scharf B. Psicooncología: abordaje emocional en oncología. *Pers y bioética* [Internet]. 2005;9(25):64–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2053415&info=resumen&idoma=SPA>
  18. Slatman J. The meaning of body experience evaluation in oncology. *Heal Care Anal.* 2011;19(4):295–311.
  19. Cho J, Choi EK, Kim IR, Im YH, Park YH, Lee S, et al. Development and validation of chemotherapy-induced alopecia distress scale (CADS) for breast cancer patients. *Ann Oncol.* 2014;25(2):346–51.
  20. Torres-Pascual C. Análisis bibliométrico sobre el estado de las investigaciones de meditación en oncología (2009-2013). *Med Natur.* 2015;9(1):2–8.
  21. Sebastián J, Manos D, Buenq MJ, Mateos N. Imagen corporal y autoestima en mujeres con cáncer de mama participates en un programa de intervención psicosocial. *Clínica y Salud* [Internet]. 2007;18(2):137–61. Available from: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=psych&AN=2008-01377-001&site=ehost-live>
  22. Prades J, Ferro T. Necesidades de información en el cáncer de mama y de atención en la supervivencia. 2013.
  23. Alba E, Cruz J, Barón F, Rodríguez C, Blasco A. Monográfico SEOM de Largos Supervivientes en Cáncer. Seom. 2012.
  24. García F, Alós F, Pérez C. El trastorno por estrés postraumático en los supervivientes al cáncer: una revisión de los tratamientos psicológicos disponibles. *Psicooncología.* 2015;12(2–3):293–301.
  25. Cano A. Índice de preguntas y respuestas frecuentes. Sociedad Española para el Estudio de la Ansiedad y el Estrés. 2013.
  26. García-Torres F, Alós F. Análisis de los efectos del transcurso del tiempo en el triple sistema de respuesta de ansiedad en las supervivientes al cáncer de mama. *Psicooncología.* 2015;12(1):59–66.
  27. Grupe D, Nitschke J. Uncertainty and Anticipation in Anxiety. *Nat Rev Neurosci.* 2013;14(7):488–501.
  28. Rodríguez B, Priede A, Maeso A, Arranz H, Palao A. Cambios psicológicos e intervenciones basadas en mindfulness para los supervivientes de un cáncer. *Psicooncología.* 2011;8(1):7–20.
  29. Varela B. Defensas y afrontamiento frente al cáncer de mama luego del diagnóstico y cirugía. *Rev Psiquiatr Uruguay.* 2011;72(2):110–22.

30. De Haro M, Gallardo S, Martínez M, Camacho N, Velázquez J, Paredes E. Factores relacionados con las diferentes estrategias de afrontamiento al cáncer de mama en pacientes de recién diagnóstico. *Psicooncología*. 2014;11(1):87–99.
31. Stefanie O, Carla M. Afrontamiento de las mujeres diagnosticadas de cáncer de mama. *Rev Enferm Hered*. 2012;5(2):89–96.
32. Garzón O, Salazar M, Patricia L, Barrero C, Antonio J. Relación entre las estrategias de afrontamiento, ansiedad, depresión y autoestima, en un grupo de adultos con diagnóstico de cáncer. *Psychol Av la Discip*. 2014;8(1):77–83.
33. Vásquez-Dextre ER. Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Rev Neuropsiquiatr [Internet]*. 2016;79(1):42. Available from: <http://www.upch.edu.pe/vrinve/dugic/revistas/index.php/RNP/article/view/2767>
34. Robins J, Kiken L, Holt M, McCain N. Mindfulness: an effective coaching tool for improving physical and mental health. *J Am Assoc Nurse Pr*. 2014;26(9):511–8.
35. Martín-Asuero A, de la Banda GG. Las ventajas de estar presente: Desarrollando una conciencia plena para reducir el malestar psicológico. *Int J Clin Heal Psychol*. 2007;7(2):369–84.
36. Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med [Internet]*. Elsevier Ltd; 2016;26(35):1–10. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ctim.2016.02.012>
37. Moscoso MS, Lengacher CA. Mecanismos Neurocognitivos De La Terapia Basada En Mindfulness. *Lib Psicol Lima [Internet]*. 2015;21(2):1729–4827. Available from: [www.manoletemoscoso.com](http://www.manoletemoscoso.com)
38. Eyles C, Leydon GM, Hoffman CJ, Copson ER, Prescott P, Chorooglou M, et al. Mindfulness for the self-management of fatigue, anxiety, and depression in women with metastatic breast cancer: a mixed methods feasibility study. *Integr Cancer Ther [Internet]*. 2015;14(1):42–56. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/icr.1211>
39. Villajos N L, Ballesteros M F, Barba S M. Mindfulness en medicina. *Med fam Andal [Internet]*. 2013;14(2):166–79. Available from: [http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v14n2/v14n2\\_07\\_artRevision.pdf](http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v14n2/v14n2_07_artRevision.pdf)
40. Kenne Sarenmalm E, Mårtensson LB, Holmberg SB, Andersson BA, Odén A, Bergh I. Mindfulness based stress reduction study design of a longitudinal randomized controlled complementary intervention in women with breast cancer. *BMC Complement Altern Med [Internet]*. 2013;13:248. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3850932&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

41. Schellekens MPJ, Jansen ETM, Willemse HHMA, van Laarhoven HWM, Prins JB, Speckens AEM. A qualitative study on mindfulness-based stress reduction for breast cancer patients: how women experience participating with fellow patients. *Support Care Cancer*. 2016;24(4):1813–20.
42. Reich RR, Lengacher CA, Alinat CB, Kip KE, Paterson C, Ramesar S, et al. Mindfulness-Based Stress Reduction in Post-Treatment Breast Cancer Patients: Immediate and Sustained Effects across Multiple Symptom Clusters. *J Pain Symptom Manage* [Internet]. Elsevier Inc; 2017;53(1):85–95. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27720794>
43. Schellekens MPJ, Tamagawa R, Labelle LE, Specca M, Stephen J, Drysdale E, et al. Mindfulness-Based Cancer Recovery (MBCR) versus Supportive Expressive Group Therapy (SET) for distressed breast cancer survivors: evaluating mindfulness and social support as mediators. *J Behav Med* [Internet]. Springer US; 2016 Oct 8;1–9. Available from: "<http://dx.doi.org/10.1007/s10865-016-9799-6>
44. Lengacher CA, Reich RR, Paterson CL, Ramesar S, Park JY, Alinat C, et al. Examination of broad symptom improvement resulting from mindfulness-based stress reduction in breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *J Clin Oncol*. 2016;34(24):2827–34.
45. Bower JE, Crosswell AD, Stanton AL, Crespi CM, Winston D, Arevalo J, et al. Mindfulness meditation for younger breast cancer survivors: A randomized controlled trial. *Cancer*. 2015;121(8):1231–40.
46. Zernicke KAMs, Campbell TSP, Specca MP, McCabe-Ruff KM, Flowers SM, Carlson LEP. A Randomized Wait-List Controlled Trial of Feasibility and Efficacy of an Online. *Journals@Ovid Full Text Psychosomatic Med*. 2014;76(4):257–67.
47. Henderson VP, Massion AO, Clemow L, Thomas G, Druker S, Hébert JR. A Randomized Controlled Trial of Mindfulness-Based Stress Reduction for Women With Early-Stage Breast Cancer Receiving Radiotherapy. *Integr Cancer Ther*. 2013;12(5):404–13.
48. Greenlee H, Balneaves LG, Carlson LE, Cohen M, Deng G, Hershman D, et al. Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *J Natl Cancer Inst - Monogr*. 2014;2014(50):346–58.
49. Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 8ª. Barcelona: Elsevier; 2014. 578-589 p.
50. Heather-Herdman T. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación (2012-2014). NANDA I, editor. Elsevier España S.L; 2012.
51. Landa E, Arredondo A. Herramienta PICO para la formulación y búsqueda de preguntas clínicamente relevantes en la psicooncología basada en la evidencia. *Psicooncología*. 2014;11(2–3):259–70.
52. Montiel Castillo VE, Guerra Morales VM, Álvarez Reyes OL. Afrontamiento a la



- enfermedad en mujeres sobrevivientes de cáncer de mama. *Medicent Electrón.* 2016;20(2):112–7.
53. Galindo Vázquez O, Rojas Castillo E, Benjet C, Meneses García A, Aguilar Ponce J, Alvarado Aguilar S. Efectos de intervenciones psicológicas en supervivientes de cáncer: una revisión. *Psicooncología.* 2014;11(2–3):233–41.
  54. Institut Català de Salut. La Unitat de Mama de l'Hospital Arnau de Vilanova és acreditada com a unitat d'excel·lència. 2012.
  55. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 5a ed. México: McGraw-Hill; 2010.
  56. Calculadora para obtener el tamaño de una muestra. Departamento de Biblioteca UNNE. 2017.
  57. Santorelli SF. Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR): Standards of Practice. Massachusetts; 2014.
  58. Julian LJ. Measures of Anxiety. *Arthritis Care Res.* 2011;63(0 11):1–11.
  59. Remor E. Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *Span J Psychol.* 2006;9(1):86–93.
  60. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: Mindfulness and its role in psychological well-being. *J Pers Soc Psychol* [Internet]. 2003;84(4):822–48. Available from: <http://doi.apa.org/getdoi.cfm?doi=10.1037/0022-3514.84.4.822>
  61. Álvarez C, Rabadán MM, María L, Díaz P, Pérez G, Barquero MB, et al. El enfermero como apoyo imprescindible en la relación del paciente oncológico con la enfermedad. 2015;(103):3–7.
  62. ICS. Carta de drets i deures de la ciutadania en relació amb la salut i l'atenció sanitària [Internet]. Generalitat de Catalunya. Departament de Salut. 2015. Available from: <http://www.gencat.cat/ics/usuaris/drets3.htm>
  63. Carlos J, Beauchamp TL, Childress JF. Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Verit N°.* 2010;22(Marzo):121–57.
  64. Mir Tubau, Joan & Busquets Alibés E. Principios de Ética Biomédica, de Tom L. Beauchamp y James F. Childress; *Bioética & Debat.* 2011;17(64):1–7.
  65. Comité Director de Bioética del Consejo de Europa C. Guía para los Miembros de los Comités de Ética de Investigación. Guía CEIs. 2012.
  66. Institut Català de la Salut., Hospital Arnau de Vilanova. Código ético. Hospital Universitario Arnau de Vilanova. Lleida. 2012;1–18. Available from: [http://www.icslleida.cat/webroot/files/revistes/codigo\\_etico\\_cast.pdf](http://www.icslleida.cat/webroot/files/revistes/codigo_etico_cast.pdf)



## ANNEX

### Annex 1

#### Cronograma elaboració del treball

Quadre 9. Cronograma de l'elaboració del treball. Elaboració pròpia.

DATA	TASCA
21 de setembre	Xerrada informativa amb la coordinadora del TFG. Es presenta l'assignatura, criteris d'avaluació i de selecció de tutors.
26 de setembre	Envio full de sol·licitud amb llista per ordre de preferència de 5 opcions de professors i àmbits temàtics.
11 d'octubre	Assignació de tutora: Judith Roca (1a opció). Redacto i envio e-mail per acordar cita. Proposa tutoria grupal per intercanvi d'impressions.
20 d'octubre	<b>Primera tutoria</b> grupal amb la tutora, s'explica metodologia del TFG i es comenten possibles temes a abordar (en principi, la meua intenció és realitzar un projecte des de la vessant integrativa del pacient oncològic). S'acorda cita individual pel pròxim dia amb tema seleccionat.
10 de novembre – 17 de novembre	<b>Segona tutoria</b> individual amb la tutora. Proposo possible tema: <i>"Aplicació de la dieta cetogènica en el pacient oncològic"</i> . S'acorda realitzar cerca bibliogràfica sobre l'efectivitat de la dieta cetogènica. La tutora em facilita articles i realitzo el buidatge dels mateixos. Finalment, es creu convenient canviar de tema per manca d'evidència.
19 de novembre	Elecció del nou tema. <i>"Tècniques d'afrontament en les pacients amb càncer de mama"</i> , també des d'una visió integrativa.
22 de novembre	Assisteixo a un curs organitzat pel Servei de Biblioteca de Ciències de la Salut, sobre recursos per a l'elaboració del TFG on es mostren les bases de dades més importants, estratègies de cerca, recursos del Servei de Biblioteca, etc.
5 de desembre – 6 de desembre	Realitzo cerca bibliogràfica i lectura i buidatge d'alguns articles sobre qualitat de vida, afrontament, autoestima, etc.
7 de desembre	Mantenim conversa telefònica amb la tutora, m'aclareix alguns dubtes i em dona pautes a seguir.
10 de desembre – 13 de desembre	Inici redacció marc teòric.
14 de desembre	<b>Tercera tutoria.</b> Estructurem el treball i s'especifiquen pautes en relació al contingut del treball. La tutora proposa incloure una teoria infermera al treball, així com diagnòstics infermers amb nomenclatura NANDA. S'acorda nova cita. Continuo amb la redacció del marc teòric, incloc termes relacionats amb l'oncologia integrativa.

15 de desembre – 19 de desembre	Es cerca informació sobre la teoria infermera de la trajectòria de la malaltia. Es continua redactant el marc teòric.
21 de desembre	<b>Quarta tutoria</b>
21 de desembre – 30 de desembre	Treball autònom. Ampliació teoria infermera de la trajectòria de la malaltia. Elaboració taula de diagnòstic infermers (NANDA, NIC i NOC).
3 de gener – 12 de gener	Treball autònom, envio correu a la tutora referint els canvis realitzats i la necessitat de realitzar una tutoria per redreçar el desenvolupament del treball.
19 de gener	<b>Cinquena tutoria.</b> Es comenten canvis i es parla sobre la intervenció, decideixo encaminar-la cap a una teràpia basada en <i>Mindfulness</i> . Em poso en contacte amb Sílvia Solé, fisioterapeuta que ha realitzat el doctorat sobre aquest tema relacionat amb l'àmbit de les lesions esportives. Començo a llegir bibliografia cercada prèviament sobre <i>Mindfulness</i> .
20-29 de gener	Amplio cerca bibliogràfica sobre <i>Mindfulness</i> . Inici comparació d'articles (es realitza una taula comparativa). Redacció apartat sobre <i>Mindfulness</i> .
30 de gener	<b>Sisena tutoria</b> , decidim encaminar la intervenció cap a l'abordatge de l'ansietat/estrès, per la qual cosa caldrà ampliar la cerca bibliogràfica. Corregir algunes parts del marc teòric i acabar de comparar articles per poder començar la intervenció.
31 de gener – 13 de febrer	Lectura i anàlisi de més estudis. Inicio consideraciones ètiques.
14 de febrer	<b>Setena tutoria.</b> La tutora diu que ja es pot començar a redactar la intervenció i comenta les parts que ha de tenir.
14 de febrer – 7 de març	Redacció de la intervenció. Cerca d'escalas de valoració per a cada paràmetre. Lectura d'articles sobre MBSR.
7 març	<b>Vuitena tutoria.</b> Es repassa la intervenció. Manca un pressupost dels recursos necessaris. Es proposa fer diversos grups (un a Lleida ciutat i un altre a la Seu d'Urgell) per poder incloure tota la província de Lleida. Al complicar-se el plantejament de la intervenció, es decideix realitzar-la només a Lleida.
8 març – 3 abril	Treball autònom. Modifico la intervenció. Adjunto els annexos. Elaboració d'un programa amb sessions tipus.
3 abril	<b>Novena tutoria.</b> Sorgeix la necessitat de resumir alguns apartats ja que són molt extensos i establir relacions amb la intervenció proposada. Queda pendent elaborar el tríptic informatiu, revisar variables sociodemogràfiques i clíniques, descriure el disseny de la intervenció i incloure en el marc teòric una explicació més específica de l'estrès i l'ansietat. La tutora diu que ja es pot començar a redactar la discussió i les conclusions.
3 al 25 abril	Treball autònom. Elaboro tríptic informatiu. Envio correu a Sílvia Soler, que dona el vistiplau a la intervenció. Contacte per via telefònica amb Eva Figuera, psicòloga i gerent de l'AECC de Lleida, per rebre informació sobre l'associació. Perfilu algunes parts del marc teòric. Redacto discussió i conclusions.
3 maig	<b>Desena tutoria.</b> Es comenten últims dubtes. Cal modificar petits detalls i ja es donarà per finalitzat el treball.
4 a 10 maig	S'ultimen detalls com la redacció dels agraïments, la revisió de la citació de figures i taules i dels instruments de valoració. Revisió format bibliografia.
13 de maig	Assisteixo a una sessió de consciència i moviment que em resulta molt satisfactòria.
15 de maig	Entrega del TFG .
15 de maig-juny	Preparació presentació oral del TFG.

## **Annex 2**

### **Consentiment informat**

#### **PROGRAMA MBSR**

Títol de la investigació: *Mindfulness* en l'afrontament de l'ansietat i l'estrès en dones supervivents de càncer de mama.

### **OBJECTIUS/BENEFICIS**

Els beneficis esperats són la millora de l'estrès i l'ansietat mitjançant una intervenció basada en MBSR en pacients dones supervivents de càncer de mama.

### **RISCOS**

La participació en aquest programa no duu cap risc associat.

### **METODOLOGIA**

Es realitzaran 8 sessions de 2,5-3 hores durant els mesos d'Abril i Maig de 2018 a la seu de l'Associació de Lluita Contra el Càncer de Lleida situada al Carrer Pallars nº 25, dirigits per un instructor acreditat en MBSR. A part de les 8 sessions esmentades, hi haurà una sessió extra a la 6a setmana, que es realitzarà en cap de setmana i que tindrà una durada de 7,5 hores, en contacte amb la natura. A més, es passaran una sèrie de qüestionaris per tal de valorar els nivells d'estrès i ansietat, així com l'adhesió al programa (a la sessió d'orientació, a la 8a sessió, a la 12a setmana i a l'any).

### **DRETS**

Si ha llegit aquest document i ha decidit participar, per favor, entengui que la seva participació és completament voluntària i que vostè té dret a abstenir-se de participar o retirar-se de l'estudi en qualsevol moment, sense cap penalització. També té dret a no contestar alguna pregunta en particular. A més, té dret a rebre una còpia d'aquest document. No obstant això, si es decideix participar, cal destacar la importància del compromís d'assistència i uns mínims de disciplina, per tal d'assegurar l'efectivitat de la intervenció, ja que implicarà realitzar tasques a casa diàriament.

## **DESPESES**

És necessari clarificar que les despeses són assumides per part dels promotors de la intervenció, i que, per tant, les participants queden exemptes de realitzar cap pagament.

## **CONFIDENCIALITAT**

La identitat del participant serà protegida de forma que tota la informació o dades que puguin identificar al participant seran gestionades confidencialment.

Únicament el personal de la investigació tindrà accés a les dades que puguin identificar directa o indirectament a un participant, incloent aquest full de consentiment.

Aquestes dades seran emmagatzemades per un període de temps determinat un cop finalitzat l'estudi. Les dades obtingudes en aquest estudi podran ser utilitzades per a posteriors investigacions.

## **CONSENTIMENT**

La seva firma en aquest document significa que ha decidit participar després d'haver llegit i discutit la informació presentada en aquest full de consentiment.

*Jo..... (Nom i cognoms)*

*He llegit el full informatiu que se m'ha entregat.*

*He pogut fer preguntes sobre l'estudi.*

*He rebut suficient informació sobre l'estudi s'han respost les meves preguntes de forma satisfactòria.*

*He parlat amb: (Nom de l'investigador).....*

*Comprenc que la meua participació és voluntària.*

*Comprenc que puc retirar-me de l'estudi:*

1. *Quan vulgui*

2. *Sense haver de donar cap tipus d'explicació*
3. *Sense que això repercuteixi en la meva assistència mèdica.*

*Així, dono lliurement la meva conformitat per a participar en l'estudi.*

*Data*

*Firma del participant*

He discutit el contingut d'aquest full de consentiment amb el participant. Li he explicat els riscos i beneficis de l'estudi.

Nom de l'investigador o persona designada: .....

*Data*

*Firma*

#### APARTAT PER A LA REVOCACIÓ DEL CONSENTIMENT

Jo, ..... revoco el consentiment de participació en l'estudi, dalt signat.

Data de la revocació: .....

Firma:

### **Annex 3**

#### **Qüestionaris variables sociodemogràfiques i clíniques**

##### **Qüestionari dades sociodemogràfiques**

Marqui amb una creu la resposta que procedeixi:

**Edat:** \_\_\_\_

**Estat civil:** Soltera ☐ Casada ☐ Separada /Divorciada ☐  
Amb parella ☐ Vídua ☐

**Nivell educatiu:** Sense estudis ☐ Primari ☐ Secundari ☐ Estudis universitaris ☐

**Origen ètnic:** Espanyol ☐ Sud-americà ☐ Africà ☐ Asiàtic ☐ Altres Europeu ☐  
Altres

**Religió:** Catòlica ☐ Evangèlica ☐ Ortodoxa ☐ Musulmana ☐ Ateua ☐ Altres ☐

**Ocupació:** Funcionari ☐ Autònom ☐ Assalariat ☐ Desocupat ☐ Estudiant ☐  
Sense feina remunerada ☐ Altres ☐

##### **Qüestionari dades clíniques**

Marqui amb una creu la resposta que procedeixi:

**Estadi càncer al moment del diagnòstic:**

Estadi 1 ☐ Estadi 2 ☐ Estadi 3 ☐ Estadi 4 ☐

**Tractament rebut:**

Cirurgia: tumorectomia amb buidament ganglionar ☐

Cirurgia: tumorectomia sense buidament ganglionar ☐

Cirurgia: mastectomia amb buidament ganglionar ☐

Cirurgia: mastectomia sense buidament ganglionar ☐

Radioteràpia ☐

Quimioteràpia ☐

**Temps de finalització del tractament:**

Menys d'un mes ☐ Entre un mes i tres mesos ☐ Entre quatre i sis mesos ☐

Entre set mesos i menys d'un any ☐ Entre un any i dos anys ☐

**Simptomatologia física**

Dolor ☐ Fatiga ☐ Anorèxia ☐ Limfedema ☐ Ansietat ☐ Estrès ☐

Depressió ☐ Altres: \_\_\_\_\_

**Antecedents crònics**

VIH/SIDA ☐

Malalties cardiovasculars (HTA, cardiopaties) ☐

Malalties metabòliques (obesitat, diabetis) ☐

Malalties respiratòries (MPOC, asma) ☐

Malaltia renal ☐

Altres: \_\_\_\_\_

**Tractament actual**

Hormonal ☐

Altres: \_\_\_\_\_

## Annex 4

### Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)

En el cuestionario hay una lista de síntomas comunes de la ansiedad. Lea cada uno de los ítems atentamente, e indique cuanto le ha afectado en la última semana incluyendo hoy:

<b>Inventario de Ansiedad de Beck (BAI)</b>				
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
1 Torpe o entumecido.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2 Acalorado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3 Con temblor en las piernas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4 Incapaz de relajarse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5 Con temor a que ocurra lo peor.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6 Mareado, o que se le va la cabeza.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7 Con latidos del corazón fuertes y acelerados.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8 Inestable.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9 Atemorizado o asustado.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10 Nervioso.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
11 Con sensación de bloqueo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12 Con temblores en las manos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13 Inquieto, inseguro.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14 Con miedo a perder el control.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15 Con sensación de ahogo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16 Con temor a morir.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17 Con miedo.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18 Con problemas digestivos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19 Con desvanecimientos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20 Con rubor facial.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	En absoluto	Levemente	Moderadamente	Severamente
21 Con sudores, fríos o calientes.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



## **Annex 5**

### **Escala de Estrés Percibido (PSS)**

*Las preguntas en esta escala hacen referencia a sus sentimientos y pensamientos durante el **último mes**. En cada caso, por favor indique con una "X" cómo usted se ha sentido o ha pensado en cada situación.*

	<i>Nunca</i>	<i>Casi nunca</i>	<i>De vez en cuando</i>	<i>A menudo</i>	<i>Muy a menudo</i>
<i>1. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado afectado por algo que ha ocurrido inesperadamente?</i>	0	1	2	3	4
<i>2. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido incapaz de controlar las cosas importantes en su vida?</i>	0	1	2	3	4
<i>3. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido nervioso o estresado?</i>	0	1	2	3	4
<i>4. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha manejado con éxito los pequeños problemas irritantes de la vida?</i>	0	1	2	3	4
<i>5. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que ha afrontado efectivamente los cambios importantes que han estado ocurriendo en su vida?</i>	0	1	2	3	4
<i>6. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado seguro sobre su capacidad para manejar sus problemas personales?</i>	0	1	2	3	4
<i>7. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las cosas le van bien?</i>	0	1	2	3	4

8. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que no podía afrontar todas las cosas que tenía que hacer?	0	1	2	3	4
9. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar las dificultades de su vida?	0	1	2	3	4
10. En el último mes, ¿con qué frecuencia se ha sentido que tenía todo bajo control?	0	1	2	3	4
11. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha estado enfadado porque las cosas que le han ocurrido estaban fuera de su control?	0	1	2	3	4
12. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha pensado sobre las cosas que le quedan por hacer?	0	1	2	3	4
13. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha podido controlar la forma de pasar el tiempo?	0	1	2	3	4
14. En el último mes, ¿con qué frecuencia ha sentido que las dificultades se acumulan tanto que no puede superarlas?	0	1	2	3	4

---

## Annex 6

### Qüestionari de Mindfulness o consciència plena (MAAS)

**Instrucciones:** debajo hay una serie de enunciados sobre tu experiencia diaria. Usando la escala del 1 al 6 de debajo, por favor, indique lo frecuente o poco frecuente que tienes cada experiencia. Por favor, responda de acuerdo a lo que refleje su experiencia y no de lo que piensa que su experiencia debería ser. Por favor, considere cada enunciado separadamente del resto de los enunciados.

1	2	3	4	5	6
Casi siempre	Frecuentemente	Con cierta frecuencia	No frecuentemente	Con poca frecuencia	Casi nunca

A veces estoy experimentando una emoción y no soy consciente de ello hasta algo más tarde.

1      2      3      4      5      6

Rompo o derramo cosas por falta de cuidado, no prestar atención o estar pensando en algo distinto.

1      2      3      4      5      6

Encuentro difícil en permanecer centrado en lo que está pasando en el presente

1      2      3      4      5      6

Tiendo a andar rápidamente para llegar adonde voy sin prestar atención a lo que experimento a lo largo del camino.

Tiendo a no darme cuenta de emociones de tensión física o incomodidad hasta que realmente reclaman mi atención.

1      2      3      4      5      6

Olvido el nombre de la persona tan pronto como me lo dice la primera vez.

1      2      3      4      5      6

Parece como si estuviera moviéndome en "piloto automático" sin mucha conciencia de lo que estoy haciendo.

1      2      3      4      5      6

Corro a través de las actividades sin estar realmente atento a ellas.

1      2      3      4      5      6

Me centro tanto en el objetivo que quiero lograr que pierdo contacto con lo que estoy haciendo ahora para llegar allí.

1      2      3      4      5      6

Hago trabajos o tareas automáticamente, sin ser consciente de lo que estoy haciendo.

1      2      3      4      5      6

Me encuentro escuchando a las personas con una oreja, haciendo algo distinto al mismo tiempo.

1      2      3      4      5      6

Conduzco el coche a los sitios en "piloto automático" y luego me pregunto por qué fui allí.

1      2      3      4      5      6

Me encuentro preocupado con el pasado o el futuro.					
1	2	3	4	5	6
Me encuentro haciendo cosas sin prestar atención.					
1	2	3	4	5	6
Tomo comida sin ser consciente de lo que estoy comiendo.					
1	2	3	4	5	6

## **Annex 7**

### **Qüestionari de satisfacció participants programa MBSR**

Ompli aquest formulari, marcant amb una creu la casella que procedeixi segons el seu grau d'acord amb les afirmacions següents:

Grup: Matí/Tarda

<b>Intervenció MBSR</b>	<b>Molt d'acord</b>	<b>D'acord</b>	<b>En desacord</b>	<b>Molt en desacord</b>
1.Considera que les sessions setmanals li han facilitat l'aprenentatge de la pràctica <i>Mindfulness</i> .				
2.La música de les sessions és adequada.				
3.El llibre + CD facilitat per les assignacions a casa és adequat.				
4.La ubicació de les sessions és adient.				
5.L'horari i durada de les sessions han estat adequats.				
6.Les condicions de l'aula (temperatura, llum, espai...) són les idònies.				
7.L'instructor ha contribuït en el seu aprenentatge de forma constructiva.				
8.Ha anat percebent millora durant la trajectòria del programa.				
9.Considera que la dificultat, en quant als coneixements del curs, ha estat alta.				
10.Creu que ha integrat els coneixements i que els adoptarà a la seva vida quotidiana.				
11. Opina que ha fet un bon compliment de les tasques assignades a casa (en quant a qualitat i temps prescrits).				
12.Com a percepció final: sento que el meu nivell d'estrès ha millorat.				
13.Com a percepció final: sento que el meu nivell d'ansietat ha millorat				
14.La satisfacció global del curs ha estat positiva.				
15.Recomanaria la realització del programa.				

Escrigui aquí els suggeriments que li hagin sorgit:


## Annex 8

### Tríptic informatiu

### Recursos


El programa serà impartit per un instructor acreditat en MBSR.

Es farà entrega del llibre de Jon Kabat-Zinn que inclou suport d'àudio per a les assignacions diàries.




- Serà necessari dur roba còmoda.
- A l'aula trobareu estoretes i coixins individuals per poder realitzar els exercicis.





Direcció de l'associació:  
C/ Pallars, 25 (Lleida)



Per a més informació, truqueu  
al telèfon d'AECC: 973 23 81 48



### L'art de viure el present

#### MBSR

Programa de Reducció de  
l'Estrès Basat en Atenció  
Plena



Lloc: AECC Lleida  
Grup matí: dilluns de 10 a 12:30 h  
Grup tarda: divendres de 18 a 20:30 h  
Mesos Abril i Maig





### Mindfulness

El Mindfulness o "atenció/consciència plena" té els seus orígens en la filosofia Budista i ha estat adaptat per gestionar problemes tant físics com psicològics, com a teràpia complementària. Mindfulness és la traducció a l'anglès del terme sànscrit que implica consciència, atenció i record. L'MBSR fou desenvolupat per Jon Kabat-Zinn l'any 1982 i constitueix un enfocament pioner pel que fa a la integració de tècniques de meditació en la medicina i psicologia occidental. El terme és definit pel mateix com "la consciència que emergeix a través de prestar atenció a propòsit, en el moment present i sense jutjar l'experiència moment a moment".

### Beneficis per al pacient oncològic

El Mindfulness o "atenció/consciència plena" té múltiples beneficis per al pacient oncològic. Així, pot resultar útil per tractar estrès, ansietat, ira, fatiga, trastorns del son i, en general, per a millorar la qualitat de vida.

### PROGRAMA MBSR

El programa MBSR, Mindfulness based stress reduction (Programa basat en atenció plena per a la reducció de l'estrès), consisteix en un entrenament en grup de 8 setmanes (1 sessió per setmana de 2,5 hores).

Cada sessió inclou la presentació d'un tema, pràctica de mètodes de meditació i diàleg o debats.

Mètodes de meditació:

- Exploració corporal
- Hatha ioga (ioga suau)
- Meditació en sedestació i caminant
- Prendre consciència



El programa també inclou assignacions diàries a casa. Per la qual cosa es demana compromís i constància en aquest aspecte, així com en l'assistència, per garantir l'efectivitat del programa.

Els objectius són: reduir l'estrès en pacients supervivents de càncer de mama i millorar l'ansietat.



### Sessions

Sessió 1. Què és Mindfulness?

Sessió 2. Com creen les percepcions la nostra realitat?

Sessió 3. El poder de les emocions. Com podem regular-les?

Sessió 4. La reacció a l'estrès i la tensió emocional. Com ens afecta l'estrès?

Sessió 5. Estratègies de resposta a l'estrès. La resiliència.

Sessió 6. Com comunicar amb consciència plena?

Retir de silenci a Finca OM.

Sessió 7. Cuidar-se amb consciència plena. L'alimentació conscient.

Sessió 8. Integrant Mindfulness a la vida quotidiana.